Aus der syphilit.-dermatologischen Klinik des Herrn Prof. Dr. Posselt.

Über die Bedeutung des Ichthargans bei der Behandlung der Gonorrhoe.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

unter dem Präsidium des Herrn Prof. Dr. Ritter **von Bauer**

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Richard H. Winckler,
approb. Arzt aus Chemnitz.

München, 1903.
Kgl. Hof- und Universitätsbuchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549027_0075

Aus der syphilit.-dermatologischen Klinik des Herrn Prof. Dr. Posselt.

Über die Bedeutung des Ichthargans bei der Behandlung der Gonorrhoe.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

unter dem Präsidium des Herrn Prof. Dr. Ritter **von Bauer**

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Richard H. Winckler,
approb. Arzt aus Chemnitz.

München, 1903.
Kgl. Hof und Universitätsbuchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Prof. Dr. Ritter von Bauer.

Bei dem grossen Interesse, welches Staat und Gesellschaft an der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten haben — ist doch die erste Bedingung für das fortschrittliche Gedeihen einer Nation die körperliche und geistige Gesundheit ihrer Glieder — darf es uns nicht wundernehmen, wenn man von jeher bemüht gewesen ist, den Hauptrepräsentanten der sexuellen Krankheiten, Lues und Gonorrhoe, energisch entgegenzutreten, d. h. sie mit spezifisch wirkenden Mitteln zu bekämpfen.

Für die erstere ist dies ja mit der Einführung des Quecksilbers in seinen verschiedenen Modifikationen gelungen, während die letztere bis auf den heutigen Tag eines wahren Spezifikums noch enträt. Ein Beweis hiefür ist die Tatsache, dass gerade in neuerer Zeit der Markt mit einer Unzahl von Mitteln für die Therapie der Gonorrhoe überschwemmt worden ist — gleichwie das Vorhandensein vieler Theorien zur Erklärung eines schwerverständlichen Vorgangs beweist, dass keine der bestehenden Theorien den Anforderungen genügt.

Über die Anforderungen, welche man wissenschaftlich an ein anti-gonorrhoisches Spezifikum stellen muss, stimmen die Ansichten allerdings nicht überein.

Während Neisser[1]) und seine Schüler Antigonorrhoicum mit Antigonococcicum identifizieren, verlangen wir von einem Spezifikum eine wirkliche Heilung der Krankheit, d. h. die absolute Abtötung der Gonococcen und das völlige Verschwinden aller Begleiterscheinungen.

Dass auch der Begriff „Heilung“ bezüglich der Gonorrhoe ein sehr weiter ist, kann man aus den Mitteilungen ver-

schiedener Autoren in der Literatur konstatieren; ich erwähne hier nur H. Lohnstein,[11]) der von einer „Heilung“ der Gonorrhoe in ein bis zwei Wochen an der Hand von zehn Fällen spricht, während wir uns erst von einer Heilung zu sprechen für berechtigt halten, wenn neben dem Verschwinden der Begleiterscheinungen eine mindestens zehntägige mehrmalige Untersuchung die völlige Abwesenheit von Gonokokken ergeben hat.

Ein grosser Fortschritt in der Therapie des Trippers wurde zweifellos mit der von Jadassohn[2]) empfohlenen Einführung des Ichthyols gemacht, dessen milde und reizlose, resorbierende und der Entzündung entgegenarbeitende Tiefenwirkung allseitige Anerkennung fand[3–6]) und sich auch bei vielen anderen, nicht gonorrhoischen Reiz- und Entzündungszuständen trefflich bewährt hat. Einen Mangel jedoch besitzt das Ichthyol, nämlich die geringe baktericide Kraft, wenigstens im Vergleich zu dem schon lange bekannten und angewandten Argentum nitricum, das seinerseits wieder durch seine stark reizende und entzündungserregende Eigenschaft hinter dem Ichthyol zurücksteht.

Dass der Gedanke, die entzündungswidrige Eigenschaft des Ichthyols mit der stark baktericiden Wirkungsweise des Silbers zu vereinigen, nahe liegt, ist leicht einzusehen, und so brachte denn im Jahre 1900 die Hamburger Ichthyolgesellschaft das Ichthargan auf den Markt, das theoretisch den obengenannten Anforderungen genügt.

Ehe ich näher auf das Ichthargan eingehe, muss ich zuvor noch eines Präparates, des Protargols, gedenken, das vor nunmehr sechs Jahren von Neisser[7]) für die Praxis empfohlen wurde und das seiner Zeit — wohl zum Teil auch durch die Art der Empfehlung — gewaltiges Aufsehen in den interessierten Kreisen erregte und das gewissermassen als das ideale Mittel der Zukunft bei der Behandlung des

Trippers gepriesen wurde, sodass der Unbefangene hätte glauben können, von jetzt ab sei dessen Acquirierung zum wahren Vergnügen geworden. Jetzt hat wohl die Mehrzahl der Autoren die Erfahrung gemacht, dass es die hochgespannten Anforderungen nicht erfüllt hat, und auch wir haben in dieser Beziehung unseren Standpunkt, der allerdings schon von Anfang an nicht den Enthusiasmus der Breslauer Schule teilte, ändern müssen.[9]) Dass die Einführung des Protargols gegenüber den anderen Präparaten einen Fortschritt bedeutete, soll nicht bezweifelt werden.

Um nun wieder auf das Ichthargan zurückzukommen, so repräsentiert sich dasselbe chemisch als Argentum Thiohydrocarbüro-Sulfonicum; es stellt ein graugelbes bis braunes, amorphes, nahezu geruchloses Pulver dar, das in Wasser, Glycerin und verdünntem Alkohol leicht, in absolutem Alkohol, Äther und Chloroform unlöslich ist. Die wässerige Lösung ist lichtempfindlich; in dunklen Gläsern aufbewahrt, hält sie sich sehr lange Zeit. Die konzentrierte Lösung wird von Chlornatrium und Eiweisslösungen gefällt, das Pulver enthält 30% Silber und 15% an Ichthyol — Sulfosäure gebundenen Schwefel.

Über die Tiefenwirkung an totem Gewebe und die baktericiden Eigenschaften sind von Aufrecht[10]) Versuche angestellt worden. Derselbe behandelte gleichgrosse Leberstücke mit Ichthargan und Silbernitratlösung und fand, dass die Tiefenwirkung des Ichthargans die des Argentum nitricum ganz wesentlich übertraf.

Diesen Laboratoriumsversuchen möchte ich keine zu grosse praktische Bedeutung beimessen; denn es erscheint mir doch ein wesentlicher Unterschied, ob man einerseits mit totem oder mit lebendem Gewebe arbeitet, oder ob man andererseits aus der Tiefenwirkung im Lebergewebe auf die Tiefenwirkung in der Urethralschleimhaut wichtige Schlüsse ziehen

darf. Die bakteriologischen Untersuchungen wurden an Kulturen auf Serumagar (75% Glycerinagar und 25% Blutserum) angestellt und folgende Ergebnisse erzielt:

Milzbrandsporen (Konzentration 1 : 100) wurden selbst nach 30 Minuten nicht getötet.

Streptococcus pyogenes (1 : 1000) wurden nach 3 Minuten getötet.

Staphylococcus pyogenes aureus (1 : 1000) nach 3 Minuten.

Typhus abdominalis (1 : 10 000) nach 5 Minuten.

Diphtherie-Bazillus (Löffler) in Konzentration 1 : 1000 nach 4 Minuten.

Mikrococcus gonorrhoeae (Neisser) 1 : 50 000) nach 30 Minuten, 1 : 10 000 nach 4 Minuten, 1 : 1000 nach 1 Minute.

Wie aus den vergleichenden Versuchen Aufrechts über Argentum nitricum, deren Aufführung mich hier zu weit führen würde, zu ersehen ist, steht dieses auch an bakterieider Wirkung dem Ichthargan nach, obwohl der Gehalt an Silber mehr als das Doppelte beträgt. Aufrecht sucht diese Tatsache damit zu erklären, als ob „in dem Ichthargan nicht eine einfache Summierung der desinfizierenden Eigenschaften des Silbers und des Ichthyols eingetreten ist, sondern als ob sich die Wirkungen der beiden Komponenten durch ihre Verbindung gegenseitig verstärkt und erhöht haben".

Nachdem nun mehrere Autoren das Ichthargan praktisch erprobt hatten und ihre in der Literatur veröffentlichten Erfolge die Probierung des Mittels empfahlen, wurde, vom Sommer 1901 an in der syphilitisch-dermatologischen Klinik des Herrn Professors Dr. Posselt zu München das Ichthargan bei der Behandlung der Gonorrhoe in Anwendung gebracht und erstrecken sich unsere hier beschriebenen Erfahrungen auf 76 Weiber und 31 Männer.

Von den 76 Weibern, die überhaupt mit Ichthargan be-

handelt wurden, litten 66 an Urethritis. Um nun nicht die einzelnen Krankengeschichten aufzählen zu müssen und den Überblick über das gesamte Material zu erleichtern, habe ich die Fälle, die im wesentlichen gleiche Erscheinungen bieten, in bestimmte Gruppen zusammengestellt und zugleich zur weiteren besseren Orientierung in einzelnen Tafeln die ganzen Fälle graphisch dargestellt, um dem Leser in kurzer Zeit einen Überblick über die Wirkungsweise des Ichthargans zu geben.

Ich lasse hier gleich eine Erklärung der in den Tafeln gebrauchten Abkürzungen folgen.

Solange beim einzelnen Falle die Kurve sich auf der Abscissenachse bewegt, wurden bei der mikroskopischen Untersuchung Gonococcen im Sekret gefunden; sinkt die Kurve unter die Abscissenachse, so war das Sekret gonococcenfrei, steigt sie wieder an, so traten neuerdings Gonococcen auf. Eine geschlängelte Linie auf der Abscissenachse bei den weiblichen Patienten bedeutet das Eintreten und die Dauer der Menses. Ein Kreuzchen (Taf. M. ff.) bedeutet Nachlass der akuten Symptome und des reichlichen Ausflusses. Ein Ausrufezeichen (Taf. M. ff.): Neuerdings Vermehrung des Sekrets ohne Komplikationen. Die Zahlen über den Längsspalten bedeuten die Anzahl der Tage, an denen die Ichthargantherapie gepflegt wurde. G. † = mikroskopischer Gonococcennachweis positiv. Ein senkrechter Strich auf der Kurve: Sistierung der J.-Therapie (Taf. B ff.).

Bevor ich auf die näheren Details eingehe, möchte ich bezüglich der Form, in welcher wir das Ichthargan bei den Weibern verwenden, kurze Erläuterung geben. Wir nehmen, wenn es sich um eine reine Urethritis handelt, das Ichthargan in Form von Bougies mit folgender Zusammensetzung:

Rp.

Ichthargan 1,0,
Ol. Cacao 10,0,
M. f. caereol. urethral.

Alle diese Fälle wurden in der Weise behandelt, dass gelegentlich der ärztlichen Morgenvisite diese 1%igen Bougies in die Harnröhre eingeführt wurden, um dort 10—15 Minuten zu verbleiben. Ausserdem wurden die sonst auf der Abteilung üblichen hydrotherapeutischen Massnahmen durchgeführt: häufige Vollbäder von Körpertemperatur, Sitzbäder und Irrigationen (Sublimat 0,05%ig).

I. Weiber.

I. Gruppe (Tab. A).

Aus der Urethra entleerte sich bei den ersten Untersuchungen nicht nur auf Druck, sondern auch spontan reichlicher, dicker, grüngelber Eiter. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab: Hauptsächlich Leucocyten, wenige Epithelien, zahlreiche Gonococcen. Am Orificium urethrae akut entzündliche Reizerscheinungen; von seiten der Patientinnen intensive Beschwerden beim und nach dem Urinieren. Bei Gruppe I haben wir es also mehr mit dem akuten Stadium der Gonorrhoe zu tun. Bezüglich der Einwirkungen des J. auf den Krankheitsprozess ist folgendes zu bemerken.

In erster Linie verdient hervorgehoben zu werden, dass eine Steigerung der akut entzündlichen Erscheinungen an der Harnröhrenmündung in keinem Falle beobachtet worden ist (vielleicht Zufall). Bei all diesen zwölf Kranken waren die subjektiven Beschwerden nach dem zweiten Bougie, bei einigen sogar schon nach dem ersten Bougie wesentlich gebessert, die entzündliche Schwellung am Orificium zurückgebildet und die Menge des Sekretes so verringert, dass dieses vor der ersten morgendlichen Urinentleerung nicht mehr spontan aus

der Urethra abfloss, sondern erst durch Druck sichtbar gemacht werden konnte, während nach der vierten und fünften Applikation auch die Menge des ausdrückbaren Eiters in sehr beträchtlichem Masse reduziert war.

II. Gruppe (Tab. B, C, D, E).

Befund: Das aus der Urethra ausdrückbare Sekret ist von weissgrauer, milchiger und zäher Beschaffenheit, neben Leucocyten finden sich sehr zahlreiche Epithelien, G †, aber immer schwankend, insofern in einem Präparate viel, im anderen wenig, in einem dritten wieder viel Gonococcen auftraten. Subjektive Beschwerden sehr gering, die meisten Patientinnen erklären von ihrer Erkrankung nichts gewusst zu haben; bei Gruppe II handelt es sich also um ein mehr subakutes Stadium der Krankheit, wie das zahlreiche Auftreten der Epithelien beweist.

Die Einwirkung des J. gestaltete sich in diesen 47 Fällen folgendermassen: In sechs Fällen konnte eine stärkere, entzündliche Rötung und Schwellung am Orificium und eine Vermehrung des Sekrets beobachtet werden; bei zwei Kranken, bei welchen vor dem Eintritte der Behandlung noch keine Reizerscheinungen da waren, machten sich solche nach dem ersten Bougie geltend. Diese medikamentösen Reizzustände verschwanden jedoch ohne Ausnahme nach 24 Stunden. Irgendwelche beträchtliche Störungen mit subjektiven Beschwerden sind nie zu verzeichnen gewesen.

III. Gruppe (7). (Keine Tafel.)

Hier konnten vor und während der Behandlung nie Gonococcen nachgewiesen werden. Die Sekretion war von ähnlicher Beschaffenheit wie bei der vorigen Gruppe, vielleicht durch etwas zähere Konsistenz ausgezeichnet. Untersuchungen auf Gonococcen sind in grosser Zahl gemacht worden; trotz des negativen Befundes kann auf Grund der objektiven Er-

scheinungen an anderen Anteilen des Urogenitaltraktus und auch aus anamnestischen Momenten angenommen werden, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit früher einmal eine gonorrhoische Urethritis bestanden hat. Aus den oben angeführten Gründen habe ich deshalb von der Aufstellung einer Tabelle für diese Gruppe Abstand genommen.

Bezüglich der Beobachtungen, die wir mit der Behandlung bei diesen sieben nicht gonorrhoischen oder besser postgonorrhoischen Urethritiden gemacht haben, ist zunächst hervorzuheben, dass auch während der Behandlung an jedem zweiten Tage eine Reihe von Präparaten angefertigt wurde, dass es aber nie möglich war, Gonococcen im Sekret nachzuweisen.

Bei zwei von diesen Fällen war nach der ersten Einführung des 1%igen Ichtharganbougies zu konstatieren, dass 24 Stunden nach der Applikation leichte, entzündliche Rötung vorhanden war und auch die Menge des ausdrückbaren Sekrets einen Zuwachs erfahren hatte.

Bei den fünf anderen Fällen hingegen machte sich eine derartige Exacerbation des entzündlichen Prozesses in keiner Weise geltend. Bei drei Kranken war es nach Einführung des vierten Bougies nicht möglich, jemals wieder Sekret aus der Urethra durch Druck zu erhalten. Bei einer Kranken schien gleichfalls nach dem vierten Bougie eine ganz wesentliche Beserung der objektiven Symptome in die Wege geleitet zu sein; nachdem aber während der fünf Tage andauernden Menstruation weder an der Urethra eine lokale Therapie stattgehabt, noch auch die sonstigen hydrotherapeutischen Massnahmen Anwendung gefunden hatten, war am sechsten Tage nach der Bougieeinführung neuerdings schleimig-milchiges Sekret in beträchtlichem Masse zu verzeichnen. Eine eingehende Sekretuntersuchung konnte keine Gonococcen nachweisen. Auf den Carbunkeln rechts neben

der Urethralmündung, ausserdem an der unteren Partie der rechten grossen Labie fand sich an diesem Tage je eine in Involution begriffene Herpesgruppe (Herpes menstrualis). Die Therapie mit J.-B. wurde fortgesetzt und nach der achten Applikation eines Bougies sistierte die Sekretion aus der Urethra.

Bei den drei anderen Fällen waren zweimal je 10 und einmal 11 Bougies nötig, um die Sekretion so weit zum Verschwinden zu bringen, dass wenigstens gelegentlich der Morgenvisite nichts mehr auszudrücken war.

Hinsichtlich dieser postgonorrhoischen in der dritten Gruppe zusammengestellten Fälle könnte man annehmen, dass sie durch den 1 %igen Ichthargan-Kakao in günstigstem Sinne ziemlich rasch beeinflusst worden sind; hiebei ist aber in Berücksichtigung zu ziehen, dass diese postgonorrhoischen Urethritiden auch einer spontanen Involution fähig sind und andererseits auch die hydrotherapeutischen Massnahmen zweifellos eine vorteilhafte Beeinflussung ausüben.

Bei den 66 in den Gruppen I—III aufgeführten Kranken beschränkte sich nun natürlich der gonorrhoische Prozess nicht auf die Urethra, sondern mit Ausnahme eines Falles waren Kombinationen mit Cervikalgonorrhoe, Vulvitis und ein- oder doppelseitiger Bartholinitis zu verzeichnen. Bei elf an Urethritis und Bartholinitis leidenden Weibern ergab die klinische Untersuchung keinen Anhaltspunkt dafür, dass auch eine gonorrhoische Infektion der Portio bezw. der Cervix stattgehabt hätte. Nichtsdestoweniger wurden auch diese Kranken, um sie nach Möglichkeit vor einer sekundären Infektion der Portio vaginalis zu schützen, einer vaginalen Ichthargan behandlung unterstellt in der Weise, dass gelegentlich der Morgenvisite nach Ausspülung und Reinigung der ganzen Genitalsphäre in die Vagina vor die Portio ein Tampon eingelegt wurde, der mit Ichthargan lösung durchtränkt war,

und zwar wurden 0,1—0,3%ige wässerige Lösungen hierzu benützt.

Die Patientinnen waren angewiesen, den Tampon 4—5 Stunden liegen zu lassen, dann denselben zu entfernen und sich eine Ausspülung mit 0,5%iger Sublimatlösung (s. o.) zu machen. Dieselben waren am Abend und am nächsten Tage in der Früh zu wiederholen. Bei allen in dieser Weise prophylaktisch behandelten Kranken kam auch wirklich eine sekundäre Infektion der Portio während des Aufenthaltes im Krankenhause nicht zustande. Dass man mit der letzteren in jedem Falle rechnen muss, liegt auf Grund der anatomischen Verhältnisse klar zutage; in Sonderheit ist bei der horizontalen Lagerung der Kranken, wie sie bei der Bettruhe eintritt, ein Überfliessen des urethralen Sekrets nach der Portio und Cervix leicht möglich, während andererseits auch Unsauberkeit und unzweckmässige Manipulationen eine sekundäre Infektion der tiefer liegenden Teile begünstigen.

Bezüglich der Art und Weise, wie die Schleimhaut der Vagina und Portio auf die eingelegten Ichthargantampons reagierte, war zu konstatieren, dass bei einer Kranken im Anschlusse an die erste Tamponade mit einem in 0,3%ige Lösung getauchten Wattebausch die Schleimhaut des hinteren Vaginalgewölbes ringförmig grau-weisslich verfärbt erschien und in Fetzen zur Abstossung gelangte; ob diese oberflächliche Nekrose auf Ichtharganwirkung zurückgeführt werden kann, ist sehr fraglich. Vielmehr erscheint die Möglichkeit naheliegender, dass durch den Tampon eine zu starke Kompression an der Vaginalwunde bewirkt wurde, sodass diese Nekrose auf mechanische Ursache zurückzuführen ist; hierfür spricht ferner, dass alle übrigen Kranken die Tamponade reaktionslos ertrugen.

Von den 65 an Cervixgonorrhoe erkrankten Patientinnen

waren 23 frei von Erosionen (Taf. F. u. G.); es bestand eitrig schleimiger Ausfluss aus dem Orificium; dieses und der Anfangsteil bezw. die Cervix war in ihrer ganzen Länge mehr oder weniger erweitert. Im Sekret waren die Gonococcen ziemlich zahlreich anzutreffen. Die Patientinnen waren in der Hauptsache Nulliparae.

Das Ichthargan hat auch hier seinen Einfluss in sehr günstigem Sinne ausgeübt. Von den 23 Fällen sind 12 in relativ kurzer Zeit geheilt, das sind mehr als 50 %.

Die übrigen 42 der an Cervikalgonorrhoe erkrankten Personen (Taf. H., J., K. u. L.) wiesen Erosionen auf, die kombiniert waren mit mehr oder weniger ausgedehntem Zerfall der Mukosa in der unmittelbaren Umgebung des Orificiums, ferner mit eitrigem oder schleimig-eitrigem Ausfluss aus der Cervix; die letztere war sehr weit, im Sekret zahlreiche Gonococcen nachweisbar. Es handelt sich hier sämtlich um Personen, die ein- oder mehrmals geboren oder abortiert hatten.

Bezüglich der Therapie bei der Cervixgonorrhoe wurde folgendermassen verfahren: Gelegentlich der Morgenvisite wurde die Cervix mittels armierter Sonden, deren Wattebausch in 0,3 %ige wässerige Ichtharganlösung getaucht war, täglich gereinigt und ausgewischt. Früher waren zu diesem Zwecke auf der Abteilung auch 0,1, 0,2, 0,5 und 1 %ige Lösungen in Anwendung gelangt. Im Anschluss an 0,5 und 1 %ige Lösungen waren nun aber des öfteren Reizerscheinungen zur Beobachtung gekommen, sodass für die allgemeine Therapie nur die 0,3 %igen Lösungen beibehalten worden sind. Vor die erkrankte Portio wurde auch hier wieder ein 0,3 %iger Tampon gelegt. Der letztere blieb gewöhnlich fünf Stunden liegen und wurde nach Ablauf dieser Zeit von der Patientin selbst entfernt. Nachmittags, abends und in der Früh wurden Spülungen mit 0,05 %iger Sublimatlösung vorgenommen. Irgend

welche unangenehme Erscheinungen, die auf die 0,3%ige Lösung hätten zurückgeführt werden können, sind nie zur Beobachtung gekommen. Insbesondere waren nie parametrale Reizungen oder Temperatursteigerungen zu verzeichnen.

Was nun die Erfolge unserer Ichthargantherapie hinsichtlich der 42 mit Erosionen behafteten Personen anbelangt, so ist es naturgemäss schwer, dieselben in ein so einheitliches Schema zu bringen, wie dies bei den übrigen Gruppen möglich war. Denn einerseits ist es leicht verständlich, dass die Gonococcen frühzeitig und für immer aus dem Sekret schwanden, die Erosionen aber noch wenig Tendenz zur Heilung zeigten, während auf der anderen Seite die Erosionen nahezu mit neugebildetem Epithel bedeckt waren, sich aber in den Sekretspuren, welche die zentrale noch nicht völlig überhäutete Partie der Erosionen absonderte, bis zuletzt Gonococcen nachweisen liessen.

Ich habe mich daher genötigt gesehen, in der schematischen Zusammenstellung beim Tage des Austritts aus der Klinik in jedem Falle anzugeben, welches Bild die Erosionen beim Verlassen des Krankenhauses boten. Bezüglich der Anwesenheit von Gonococcen habe ich es in der Darstellung gehalten, wie bei den übrigen Tafeln.

Es ist nun an der Hand unserer Ergebnisse nicht zu leugnen, dass das Ichthargan auf die Erosionen einen sehr günstigen, heilenden Einfluss ausübt. Wir hatten des öfteren Gelegenheit zu beobachten, dass die Erosionen früher vernarbt waren, als die Gonococcen aus dem Sekrete verschwanden, eine Tatsache, die besonders hervorgehoben zu werden verdient.

II. Männer.

Ich komme jetzt zur Besprechung der Erfahrungen, die wir mit dem Ichthargan bei der Gonorrhoe des Mannes gemacht haben. Auf Grund der verschiedenen anatomischen

Verhältnisse ergeben sich natürlich sowohl für die Art und Weise, als auch für die Erfolge der Therapie einige Verschiedenheiten. Auch hier habe ich wieder eine Einteilung in Gruppen vorgenommen, und habe der grösseren individuellen Verschiedenheit einiger Fälle wegen für besonders charakteristische Fälle die Krankengeschichte mit anführen zu müssen geglaubt, um die Wirkungsweise des Ichthargans besser kontrollieren zu können.

I. Gruppe (Taf. K.).

In diesen neun Fällen handelt es sich um akute Urethritis anterior gonorrhoica. Das Krankheitsbild gestaltete sich folgendermassen.

Am Orificium urethrae bestand eine akut entzündliche Rötung und Schwellung, das Sekret war ein dicker, rahmiger, graugelber Eiter. Subjektiv machten sich mehr oder weniger intensive Beschwerden geltend. Gonococcen waren im Sekrete sehr zahlreich nachzuweisen, ferner wiesen drei von diesen Patienten eine akute, dorsale Lymphangitis auf, bei fünf Patienten war eine in geringem Masse schmerzhafte Schwellung der inguinalen Lymphdrüsen zu konstatieren.

Die Therapie beschränkte sich zunächst auf Bettruhe, antiphlogistische Massnahmen, kühle Überschläge, Regelung des Stuhles und zweckentsprechende Diät.

Beim Nachlass der heftigen entzündlichen Symptome wurde mit der Ichthargantherapie begonnen, welche in 0,05 %igen prolongierten, kopiösen, möglichst häufigen Injektionen zur Anwendung gelangte. Es zeigte sich nun, dass die Beschwerden, die entzündlichen Reizerscheinungen und der Ausfluss bei den Patienten so rasch zurückgebildet wurden, dass die Kranken leicht verleitet wurden, die Behandlung zu verlassen. Die Folge davon ist, dass es einerseits unmöglich war, den Verlauf weiter zu verfolgen, andererseits in der Beurteilung des erzielten Resultates die grösste Vorsicht ob-

walten muss. Jedenfalls kann man sagen, dass die dem Patienten auffälligen Symptome sehr rasch verschwanden. Als Beispiele führe ich aus Gruppe I zwei Fälle an.

1. Fall I.

B. J., 23 Jahre, 27.—29. November 1901.

Tripper besteht angeblich seit zehn Tagen. Früher schon einmal Tripper und weichen Schanker durchgemacht.

Status: Orificium urethrae in ziemlich beträchtlichem Grade entzündlich gerötet und geschwellt. Aus der Urethra quillt auch ohne Druck reichlicher, ziemlich dickflüssiger Eiter. Das dorsale Lymphgefäss des Penis ist als mässig dicker und in geringem Grade druckempfindlicher Strang zu fühlen. Ein paar indolente Lymphdrüsen, nicht Bubonengrösse erreichend.

G. †. Gläserprobe: Anterior.

Am 29. Nov. Therapie bisher: kühlende Überschläge über den Penis; am 27. November 4mal, am 28. November 7 mal Ichthargan 0,05, jedesmal mindestens zehn Minuten. Die Erscheinungen sind darnach so zurückgebildet, dass Patient trotz aller ärtzlichen Vorstellungen das Krankenhaus verlassen will. Bei der Morgenvisite an der Urethra und am Orificium die entzündlichen Erscheinungen verschwunden. Sekret nicht auszudrücken.

Gläserprobe: Sediment und Filamente aus der Anterior. Im mikroskopischen Bilde wenige, aber charakteristische Gonococcenhaufen.

2. Fall III.

G. A., 25 Jahre, 14.—21. November 1901.

Patient an Tripper krank angeblich seit zwei Tagen. Er habe Ausfluss aus der Urethra und Brennen beim Urinieren. Infektion sei am 11. November eingetreten. Bisher nie geschlechtskrank. Das Orificium urethrae zeigt entzündliche

Rötung und Schwellung in mässigem Grade. Aus der Urethra quillt eine ausserordentlich reichliche Menge dicken Eiters. Leistendrüsen beiderseits in geringem Grade geschwellt.

G. †. U. ant.

Therapie: 7 mal pro die J. 0,025, möglichst prolongiert.

18. Nov. Ausfluss fast ganz verschwunden. Auf Druck milchiges Sekret in geringer Menge zu gewinnen. Gonococcen vorhanden, sehr zahlreiche Epithelien, keine entzündlichen Erscheinungen.

20. Nov. Gestern und heute kein Sekret zu gewinnen. Keine Reizerscheinungen.

21. Nov. Patient muss heute fort. In den Filamenten aus der Anterior wenig Eiterkörperchen, die Epithelien überwiegen an Menge, daneben typische Gonococcen-Haufen.

Ungeheilt entlassen.

II. Gruppe (Taf. N. u. O.).

Bei diesen 17 Fällen liegt Urethritis anterior vor, jedoch mit dem Unterschied, dass es sich hier handelt um akute Acerbationen, nachdem bei den Patienten der Tripper schon wochen- oder monatelang bestanden hatte, ohne dass bei der Aufnahme ins Krankenhaus Komplikationen von seiten der Prostata und der Anhangsgebilde vorhanden gewesen wären.

Sämtliche Patienten waren schon vor Beginn unserer Therapie mit allen möglichen Mitteln behandelt worden. Aus der Anamnese schien sich in der Mehrzahl der Fälle zu ergeben, dass die Patienten schon früher eine Urethritis posterior durchgemacht haben. Die Therapie gestaltete sich wie bei der ersten Gruppe.

Über die Erfolge der Ichthargan-Wirkung habe ich wieder in den Tafeln wegen der Verschiedenheit des Bildes die nötigen Bemerkungen eingefügt, auf welche ich hiermit verweise.

III. Gruppe (Taf. P.).

Hier handelt es sich in allen fünf Fällen um Anterior mit Epididymitis.

Bezüglich der Lokalisation der Krankheit sei erwähnt, dass weder bei der Aufnahme, noch auch sonst während der ganzen Dauer der Beobachtung die Gläserprobe eine Urethritis posterior ergeben hat. Infolgedessen wurde auch die Therapie nur auf J.-Injektionen von bekannter Konzentration beschränkt. Diese lokale Behandlung wurde aber erst nach Ablauf der Erscheinungen von seiten der Epididymitis in die Wege geleitet.

Bezüglich der Erfolge der Therapie verweise ich auf die in den Tafeln gemachten Notizen. Als Beispiel gelte Fall IV.

F. J., 32 Jahre, 14.—21. November 1901.

Patient kommt wegen Hodenentzündung; seit ungefähr drei Wochen leide er an Tripper, den er schon dreimal gehabt habe.

Status: Stark entzündliche Reizerscheinungen am Orif. in Form von starker Schwellung und Rötung der Labien. Sekret dickflüssig, linke Epididymitis mit beträchtlichem Erguss in die Tunica vaginalis. Bis zum 17. fieberhafter Verlauf der Epididymitis, Therapie antiphlogistisch.

18. Nov. Gläserprobe; G. †; Ant.

19. Nov. Sehr vorsichtige Injektion von J. 0,5 viermal täglich.

21. Nov. In den letzten Tagen fortgesetzte Ant., entzündliche Erscheinungen am Orificium angedeutet und nur sehr wenig Sekret auf Druck zu gewinnen, milchig. In demselben Gonococcen in mässiger Menge, sehr zahlreiche Epithelien.

Ungeheilt entlassen.

IV. Gruppe.

Ich lasse hier die gekürzte Krankengeschichte von sieben Fällen folgen, da sich bei dieser letzteren Gruppe die Zusammenfassung in eine Tafel wegen der Gefahr der

Unübersichtlichkeit verbot. Diese sieben ausführlich dargestellten Fälle stellen den Typus dar für die 23 in diese Gruppe eingereihten Patienten, bei welchen eine Urethritis post. vorlag. Diese wurde denn auch als solche lokal behandelt und zwar gelangten zur Anwendung armierte französische Bougies mit Ichthargan 0,1%ig, Spülungen der Prostata mit Nélaton-Katheter in 0,05—0,1%iger Lösung. Nahezu bei allen diesen Fällen war die Prostata in irgend einer Weise am entzündlichen Prozesse beteiligt, sodass das Hauptaugenmerk der Therapie diesen Komplikationen zugewandt wurde.

Neben den gewöhnlichen Massnahmen gelangten in Anwendung Regelung der Diät und des Stuhls, Hydrotherapie, Suppositorien, täglich Massage der Prostata (mit dem Finger vom Rectum aus). Diese letztere steht bei der Behandlung der Posterior nach den auf der Abteilung herrschenden Grundsätzen so sehr im Vordergrunde, dass es schwer ist, sich darüber ein Urteil zu bilden, ob diese Massage oder die mit irgend einem Mittel vorgenommenen Spülungen oder die sonstigen chemischen Einwirkungen den günstigen Effekt der Therapie gezeitigt hat. Mit grösster Wahrscheinlichkeit ist es das mechanische Moment allein, das die günstigen Erfolge bedingt, vorausgesetzt, dass das im armierten Bougie oder bei der Spülung angewandte Mittel die entzündlichen Erscheinungen nicht steigert, sondern herabsetzt. Diese letztere günstige Eigenschaft glauben wir auch an der Hand der 23 Fälle in Gruppe IV von dem 0,1%igen Bougie und den 0,5 bis 0,1%igen Lösungen behaupten zu können.

1. Fall.

B. J., 26 Jahre, 25. November bis 12. Dezember 1901.

Patient hat angeblich schon dreimal Tripper gehabt. Letzte Infektion vor fünf Wochen. Seit 14 Tagen heftige Schmerzen beim Urinieren und „stärkeren“ Ausfluss seit

dieser Zeit. Entzündliche Erscheinungen an der Urethra nicht vorhanden. Vielleicht ist das rechte Labium des Orificiums mässig geschwellt und gerötet. Aus der Urethra auf Druck wenig graugelbliches, zähes Sekret zu gewinnen. Die Nebenhoden zeigen beide alte Indurationen. (Früher überstandene doppelseitige Epididymitis zugestanden). Die linke Partie der Prostata geschwellt, die Peripherie wallartig erhaben. Bei stärkerem Druck erscheint diese Partie ausdrückbar, worauf in der Mitte des Organs eine etwa fingerkuppengrosse, schlaffe, taschenförmige Mulde zurückbleibt. Nach dieser Untersuchung der Prostata ist reichlich eitriges Sekret aus der Urethra zu gewinnen.

Diagnose: Urethritis totalis, gonorrhoische Prostatitis. G. †. In beiden Portionen eine ungeheure Menge Eiter, neben dem Niederschlag diffuse Trübung.

26. Nov. J. 0,05 mehrmals täglich.

27. Nov. Spülung der Prostata und Blase mit J. 0,05. Entzündliche Erscheinungen am Orif. nicht vorhanden, aus der Urethra kein Sekret zu gewinnen.

30. Nov. Täglich bisher Spülungen mit J. 0,05 und daneben häufige, prolongierte Injektionen. Auch heute noch Prosterior, die Eitermenge aber wesentlich geringer als bisher.

4. Dez. Täglich vorsichtige Prostatamassage. Spülung der Blase und der Posterior mit J. 0,05. Daneben häufige Injektionen von seiten des Patienten mit J. 0,05. Leichte ekzematöse Reizung an der Innenseite der beiden Oberschenkel.

6. Dez. Dieselbe Therapie wird fortgesetzt. Immer noch Posterior, aber in den letzten zwei Tagen ist eine wesentliche Abnahme des Eiters zu konstatieren.

11. Dez. Diffuse Trübung der zweiten Portion. Von heute ab neben täglicher Injektion von J. 0,05 Einführung von 0,1%igen J.-Bougies.

12. Dez. Patient muss heute das Krankenhaus verlassen. Im allgemeinen konnte eine langsam fortschreitende, wesentliche Besserung konstatiert werden, entzündliche Erscheinungen am Orif. urethr. nicht vorhanden. Die ekzematöse Reizung der Haut an den Oberschenkeln ist unter Zinkpasten-Behandlung beinahe vollständig zur Rückbildung gelangt.

Ungeheilt entlassen.

2. Fall.

S. D., 17. Juni, 14.—21. November 1901.

Patient kommt wegen Trippers, der angeblich seit 3—4 Monaten besteht und wegen luetischen Primäraffektes im Sulcus retroglandularis. Ausserdem noch Sekundärerscheinungen der Lues.

16. Nov. Im urethralen Sekret Eiterkörperchen, viele Gonococcen-Haufen, keine Epithelien.

Gläserprobe: Posterior.

Therapie: J.-Boug. 0,1%ig, daneben Injektion von J. 0,05 3 × p. d.

20. Nov. Morgentliches Sekret noch vorhanden, aber in geringer Menge.

Gläserprobe: Anterior, bisher drei Bougies. Entzündliche Erscheinungen nicht vorhanden. Im Sekret Gonococcen in spärlicher Menge, zahlreiche Epithelien.

21. Nov. Patient muss heute das Krankenhaus ungeheilt verlassen.

3. Fall.

F. M., 35 Jahre alt. 11. November bis 9. Dezember 1901.

Patient kommt wegen linksseitiger Orchitis. Tripper besteht angeblich seit Oktober, sonst nie geschlechtskrank. Orif. in mässigem Grade gerötet, mässiges, schleimig eitriges Sekret aus der Urethra ausdrückbar. Epididymitis duplex mässigen Grades.

Gläserprobe: Posterior. In der linken Portion neben diffuser wolkiger Trübung grosse, voluminöse Fäden. Fieberhafter Verlauf bis 13. Nov. Antiphlogistische Therapie.

15. Nov. Beginn der J.-Therapie, Injektionen von 0,05 sehr vorsichtig 3 mal p. d.

18. Nov. In den letzten Tagen reine Anterior, insofern in der Urinmenge des ersten Glases sich zahlreiche grössere und kleinere Filamente finden, während der Urin aus der Prostata klar ist. Keine Reizerscheinungen an der Urethra; auch die Epididymitis sehr zurückgebildet.

21. Nov. Gestern Abend Schmerzen im rechten Nebenhoden, keine Temperatursteigerung, keine wesentliche Vermehrung der Schwellung am erkrankten Organ zu konstatieren.

Gläserprobe: Anterior, wenig Filamente, Sekret heute früh nicht ausdrückbar. Sistierung der J.-Therapie. Antiphlogose.

25. Nov. Seit gestern wieder J. 0,05, 4mal p. d.

Suspensorium wird gut vertragen.

26. Nov. Fortgesetzte Anterior. Heute in der linken Portion ein paar kleine Filamente, Sekret nicht ausdrückbar, keine Reizerscheinungen. In den Fäden von gestern überwiegen an Menge die Epithelien, vereinzelte, aber einwandfreie Gonococcen.

29. Nov. Heute früh schleimiges Sekret in sehr geringer Menge zu gewinnen. Dasselbe enthält Gonococcen und Epithelien. J. 0,05, 6mal p. d.

2. Dez. Aus der Urethra lässt sich ein Tropfen schleimig eitrigen Sekrets gewinnen.

Gläserprobe: Anterior; keine Reizerscheinungen.

3. Dez. Kein Sekret. In den Filamenten der Anterior keine Gonococcen zu finden. Eiterzellen und Epithelien ziemlich in gleicher Menge.

7. Dez. Kein Sekret. In der ersten Portion ein paar Fädchen, viel Schleim; Eiterzellen und Epithelien ziemlich in gleicher Menge. Keine Gonococcen.

9. Dez. Keine Reizerscheinungen. In den Fäden des Morgenurins keine Gonococcen.

Patient will das Krankenhaus verlassen. Gebessert.

4. Fall.

W. J., 18 Jahre. 11.—28. Dezember 1901.

Patient angeblich seit drei Wochen an Tripper leidend. Er habe auch früher schon öfters daran laboriert. Eine Hautaffektion an der Innenseite des rechten Oberschenkels, die angeblich seit frühester Kindheit besteht, kommt für die Gonorrhoe nicht in Betracht.

Gläserprobe: Posterior.

12. Dez. Schleimig-eitriges, ziemlich dickes Sekret, Eiterkörperchen und Epithelien annähernd gleich, Gonococcen-Haufen sehr zahlreich. Täglich J.-Boug. 0,1%ig. Seit 16. Dez. daneben 3mal p. d. Injektion von J. 0,05%ig.

19. Dez. Bisher fünf Bougies, gestern und heute Anterior. Im Sekret viel Schleim, wenig Eiterkörperchen. In fünf Präparaten keine Gonococcen.

20. Dez. Gläserprobe: Anterior. Im Sekret ein paar sehr suspekte Diplococcen, keine Gonococcen-Haufen.

24. Dez. Spärliches, milchiges Sekret, Anterior. Sehr wenige, aber einwandfreie Gonococcen-Häufchen, Eiter- und Epithelzellen ziemlich reichlich, keine Reizerscheinungen.

28. Dez. Anterior. Sehr geringe, schleimige Morgentropfen, wenige Gonococcen vorhanden. Patient fühlt keine Beschwerden und lässt sich nicht mehr zurückhalten. Ungeheilt.

5. Fall.

L. L., 24 Jahre. 15.—20. März 1902.

Ausgesprochener Herpes labialis. Aus der Urethra auf

Druck schleimig-eitriges Sekret. Patient gibt nachträglich an, schon lange Zeit an Tripper zu leiden.

Gläserprobe: aus der Posterior kommen wenige Fädchen; in ihnen Gonococcen.

Diagnose: Posterior, Verdacht auf Prostatitis chronica.

16. März. Rektaluntersuchung ergibt nur sehr geringe, gleichmässige Zunahme des Prostata-Volumens. Organ ziemlich hart, einzelne Knötchen nicht zu finden. Massage bewirkt eine beträchtliche Trübung des hinterher entleerten Urins. In ein paar grösseren, fädchenartigen Ausscheidungen Gonococcen-Haufen, Eiterkörperchen und Epithelien. In letzteren vielfach Gonococcen intracellulär gelagert. Nach der Massage Ausspülung der ganzen Urethra mit J. 0,05, J. Boug. 0,1 %ig. Charrière N. XVI. passiert mit mässiger Schwierigkeit.

19. März. Die Bougieuntersuchung ergibt ca. 15 cm hinter dem Orif. eine für Ch. Nr. XVII (nicht armiertes, geknöpftes, elastisches, französisches Bougie) schwer passierbare, spindelfömige Verengerung des Lumens. Nach dieser Exploration und der Prostatamassage wird Ch. Nr. XIV ohne Schwierigkeit eingeführt.

Die Erscheinungen im Urin seitens der Posterior bezw. der Prostata haben sich verloren. Auffallend erscheint die vollkommene Sistierung jeden Sekrets aus der Ant. In der Gläserprobe nur ein paar kleine Fäden.

20. März. Heute früh glasiges Sekret, stecknadelkopfgross vor der Entleerung zu gewinnen, im Urin nur ein paar kleine Fäden. Die mikroskopische Untersuchung des Sekrets ergibt in überwiegender Menge Epithelien, sehr spärliche, aber einwandfreie Gonococcen.

Auf eigenen Wunsch entlassen. Gebessert.

6. Fall.

L. E., 23 Jahre, 9. Dezember bis 2. Januar 1902.

Patient gibt an, seit 14 Tagen an Tripper zu leiden.

Bisher nie geschlechtskrank. Am Orif. ziemlich beträchtliche Rötung und Schwellung, desgleichen ist das Frenulum mässig gerötet und geschwellt. Aus der Urethra entleert sich spontan dicker, rahmiger Eiter. Die dorsalen Lymphgefässe sind entzündlich geschwellt, in mässigem Grade druckempfindlich. Lymphdrüsen beiderseits mässig angeschwollen. Gläserprobe: Anterior, diffuse Trübung, daneben reichlich geballte Massen. Posterior leicht diffus getrübt.

Diagnose: Urethritis totalis, Lymphangitis gonorrhoica. G. †.

11. Dez. Posterior unverändert, Patient klagt über sehr heftige Schmerzen beim Urinieren. Bisher antiphlogistische Behandlung. Fortgesetzt leichte Temperatursteigerungen, die vielleicht mit der Gonorrhoe in Verbindung stehen, da anderweitige Störungen fehlen.

12. Dez. 1. Bougie 0,1%ig. Patient gibt nachträglich an, er habe nach demselben heftige Schmerzen gehabt, auch sei das Urinieren noch sehr schmerzhaft.

13. Dez. Auch heute wieder Temperatursteigerungen. Beim Urinieren angeblich keine Schmerzen mehr. Dagegen Gelenkschmerzen im rechten Kniegelenk, Rheumatismus auf der rechten Brustseite. Es bestehen weder Gelenkschwellungen noch pleuritische Erscheinungen. 2. Bougie 0,1%ig. Salipyrin 2,0.

16. Dez. Immer noch leichte diffuse Trübung der Posterior. Temperatur 39,2, am Orif. keine Reizerscheinungen. Patient behauptet schmerzfrei zu sein und beim Urinieren kein Brennen mehr zu haben. Die rheumatischen Schmerzen dauern fort ohne nachweisbaren Befund. Bougie-Therapie fortgesetzt. Die Rektaluntersuchung hat ergeben, dass eine wesentliche Schwellung an der Prostata nicht zu konstatieren ist, vielleicht ist der rechte Lappen etwas empfindlicher.

17. Dez. Temperaturmaximum 37,8. Patient fühlt sich

im allgemeinen wohler. Bisher täglich Bougies Ch. X, armiert mit J. 0,1%ig. Heute nach der Prostatamassage reichlicher eitriger Ausfluss aus der Urethra. Beim Stuhlgang Schmerzen in der Dammgegend. Abends nach der Prostatamassage wieder reichlicher Eiter im entleerten Urin.

19. Dez. Es hat den Anschein, als ob die Konsistenz der Prostata eine weichere geworden sei. Immer noch Posterior, aber nur mässige Trübung der zweiten Portion.

21. Dez. Seit dem 18. Dez. neben Bougies dreimal p. d. Injektion von J. 0,05. Seit gestern Anterior, die Prostatamassage schmerzlos, nach derselben ist eine Vermehrung der Sekretion nicht zu konstatieren; Allgemeinbefinden ungestört.

23. Dez. Im gestrigen Morgensekret einwandfreie Gonococcen, Eitercoccen und Epithelien in annähernd gleicher Menge. Heute früh milchiges Sekret sehr spärlich, ausdrückbar. Gläserprobe: Anterior. Geringe diffusse Trübung und mehrere Fäden; obwohl Patient sich sehr schlecht hält und allen möglichen Unfug treibt, sind irgendwelche Reizerscheinungen weder an der vorderen Partie der Urethra noch an der Prostata nachweisbar.

26. Dez. Seit gestern keine Bougies mehr, nunmehr sechsmal p. d. prolongierte, kopiöse Injektion J. 0,05%ig. Gar keine Reizerscheinungen, aber immer noch Gonococcen, wenn auch in geringer Menge.

29. Dez. Minimale, grauweissliche Morgensekretion. Reine Anterior, in fünf Präparaten keine Gonococcen.

31. Dez. Spärliche Sekretion vor der ersten Urinentleerung, keine Gononcoccen, Epithelien überwiegen, viel Schleim.

2. Januar 1902. In der ersten Portion ein paar kleine Fäden, Epithelien, keine Gonococcen, Prostata ohne Befund. Gegen ärztlichen Rat verlässt Patient das Haus.

Gebessert.

7. Fall.

H. C., 23 Jahre, 14.—18. November 1901.

An Tripper krank seit zehn Tagen. Infektion wahrscheinlich am 1. November. Vor drei oder vier Jahren schon Tripper mit Nebenhodenentzündung überstanden. Im Sulcus retroglandularis seichte Substanzverluste von Herpes genitalis herrührend. Hypospadie mittleren Grades, die Harnröhrenöffnung ist leicht gerötet.

Gläserprobe: Post.

15. Nov. Im Morgensekret zahlreiche Gonococcen, Epithelien sehr spärlich.

16. Nov. Gestern und vorgestern J. Bougies 0,1 %ig. Patient gibt an, die Einführung der Bougies sei schmerzhaft. Die entzündlichen Erscheinungen sind auffallend rasch zurückgegangen. Die Sekretion ist milchig, dünnflüssig, wenig Gonococcen, ziemlich viel Epithelien.

18. Nov. Bisher täglich ein Bougie, seit 16. November auch täglich dreimal J.-Injektion 0,05 %ig. Der Herpes ist völlig geheilt.

Gläserprobe: Anterior. In den Filamenten zahlreiche Epithelien, wenige Gonococcen-Haufen. Patient will das Krankenhaus verlassen. Ungeheilt.

Zusammenfassung.

Darüber ein Urteil zu fällen, dass die Gonococcen langsamer als bei der Behandlung mit Argentum nitricum (Leistikow[11]) und allmählicher abnehmen, halten wir uns wegen der ausserordentlichen Verschiedenheit der einzelnen Fälle nicht für berechtigt, dagegen stehen wir im Widerspruch mit Lohnstein[5]), der als besonderen Vorzug des Ichthargans gegenüber allen anderen Antigonorrhoicis rühmt, dass, wenn einmal die Gonococcen aus dem Sekret verschwunden seien, nur auffallend selten ein Wiederauftauchen derselben zu

konstatieren sei. (cf. Gruppe I, Fall 3 6, 8, 11; Gruppe II, 1, 5, 6—10, 15, 16, 25—27, 31, 32, 46, 47.)

In Bezug auf den letzten Punkt muss ich allerdings bemerken, dass Lohnstein seine Beobachtungen nur an Männern gemacht hat, während ich hier zunächst nur von den bei den Weibern gemachten Erfahrungen spreche; bei Beurteilung der letzteren bezüglich des Wiederauftretens der Gonococcen ist der Einfluss der Periode unverkennbar. Die meisten der Fälle zeigen, wie ungünstig dieselbe für den Heilungsverlauf des gonorrhoischen Prozesses ist, indem die Gonococcen, die vor Eintritt der Menses bereits verschwunden waren, nach Ablauf der Periode wieder erneut im Sekret auftraten.

Dies hat wohl darin seinen Grund, dass die Parasiten, die durch die Einwirkung des Ichthargans in ihren Lebensbedingungen schwer geschädigt wurden, durch die infolge der Menstruation bedingte starke Blutzufuhr, während welcher natürlich jede Therapie sistierte, wieder einen günstigen Nährboden finden, sodass sie, auch infolge der mangeluden causa nocens, wieder zu stärkerer Lebensäusserung befähigt erscheinen. Analog hiermit wird wohl die bekannte Tatsache zu erklären sein, dass eine Cohabitation kurz vor oder nach dem Eintritte der Periode die beste Aussicht für eine Conception bietet.

Bezüglich der Erfolge mit Ichthargan zeigen Taf. A—G, dass in Gruppe I Fall 4, 6 und 10, in Gruppe II 7—10, 12—14, 16, 18—20, 22—24, 28—30, 31—37, 40—45, und 47 geheilt sind. Das sind 34 von 66 Fällen, also über 50 %. Der Prozentsatz würde sich sicherlich noch bedeutend besser stellen, wenn es möglich gewesen wäre, die „relativ“ geheilten Personen — ich verstehe darunter solche, welche am Tage des Austrittes zwar gonococcenfrei waren, bei denen jedoch vom Zeitpunkte des Verschwindens der Gonococcen bis zum Tage des Austritts ein Zwischenraum von weniger denn

neun Tagen gelegen ist — noch längere Zeit zu beobachten, da man ja annehmen kann, dass, wenn einmal nach einer Behandlungsdauer von zwei bis drei Wochen die Parasiten während der letzten 5—8 Tage nicht mehr auftraten, ein Wiederaufleben derselben zu den Seltenheiten gehören dürfte; etwas anderes ist dies natürlich beim Beginne der Behandlung.

Sehr ungünstig stellt sich in Gruppe I Fall 12, wo trotz 19tägiger Behandlung auch nicht für einen Tag die Gonococcen verschwunden waren, und nimmt dieser Fall somit eine Sonderstellung ein. Die eingeschlagene Therapie unterschied sich in diesem Falle in keiner Weise von der gewöhnlichen und kann man nicht sagen, aus welchem Grunde sich die Gonococcen so hartnäckig behauptet haben; vielleicht wären dieselben doch noch zum Verschwinden zu bringen gewesen, wenn der Patient sich einer längeren Behandlungsdauer hätte unterziehen können. Aber gerade in diesem Falle trat ein Misstand deutlich zutage, der wohl schon einem jeden, der in einem Krankenhause tätig gewesen ist, sich in unliebsamster Weise bemerkbar gemacht hat. Ich meine das vorzeitige Verlassen der Behandlung trotz der ärztlichen Vorstellungen. Auf die Gründe und Folgen dieser Erscheinung einzugehen, liegt nicht im Rahmen dieser Abhandlung und verweise ich hier auf die instruktive Arbeit von Jesionek,[12]) die speziell die diesbezüglichen Münchener Verhältnisse eingehend beleuchtet.

Die Erfolge des Ichthargans bei der Behandlung der Gonorrhoe der Männer sind unseres Erachtens denen bei der Behandlung mit Argentum nitricum oder Protargol nicht überlegen; eine Herabsetzung der entzündlichen Erscheinungen war jedoch unverkennbar.

Wenn ich zum Schlusse an der Hand der von mir gemachten Erfahrungen das Resultat meiner Beobachtungen zusammenfassen soll, so möchte ich folgende Leitsätze aufstellen:

1. Das Ichthargan kürzt bei der Behandlung der Gonorrhoe des weiblichen Genitaltraktus die Krankheitsdauer wesentlich ab, ohne irgendwelche artificielle Reizerscheinungen zu bewirken; die Erosionen bedecken sich in sehr kurzer Zeit mit neuem Epithel.

2. In der Beeinflussung der Gonorrhoe des Mannes ist das Ichthargan den gebräuchlichen Mitteln nicht überlegen.

Am Schlusse meiner Arbeit erlaube ich mir folgenden Herren meinen ergebenen Dank auszusprechen:

Herrn Privatdozenten Dr. Jesionek für die Anregung zur Arbeit und die liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung derselben.

Herrn Professor Dr. Posselt für die freundliche Überlassung des Materials.

Herrn Professor Dr. Ritter von Bauer für die Übernahme des Referats.

Literatur.

1. Neisser, Allgem. medizin. Centralzeitung 1898. Nr. 22, pag. 273.
2. Jadassohn, Deutsche med. Wochenschrift 1892. Nr. 38.
3. Colombini, Commun. Clin. delle mal. cut. e gen.-urin. 1893. Heft 5—7.
4. Manganotti, Riforma medica. 8. Jahrg. Nr. 85.
5. Lohnstein, Allgem. med. Centralzeitung 1893. Nr. 103.
6. Neisser, Ehrmann, International. Dermatologenkongress. Wien, September 1892.
7. Dermatolog. Centralblatt 1878, Nr. 1.
8. Uebel, Über Protargol bei Gonorrhoe des Mannes. Inaug.-Dissert. München 1898, pag. 49.
9. Jesionek, Zur Protargolbehandlung der Gonorrhoe. Münch. mediz. Wochenschrift, 48. Jahrg. Nr. 45.
10. Deutsche medizin. Wochenschrift 1900, Nr. 37.
11. Allgem. medizin. Centralzeitung 1900.
12. Jesionek, Münchener medizin. Wochenschrift. 49. Jahrg. Nr. 20 und 21.

Lebenslauf.

Verfasser vorstehender Arbeit wurde am 8. Oktober 1878 im Chemnitz geboren. Daselbst besuchte er die Bürgerschule und das Kgl. Gymnasium, welches er Ostern 1898 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Seine ersten vier Studiensemester weilte derselbe in Freiburg i/B. und genügte hier im Sommer 1898 seiner Militärpflicht. Als Studium wandte er sich der Medizin zu und verliess mit Beginn des Sommers 1900 Freiburg, um ein Semester in Kiel zu studieren. Im Herbst 1900 wandte er sich nach München und oblag hier dem medizinischen Studium bis zum Herbst 1902, wo derselbe in die ärztliche Approbationsprüfung eintrat, welche er im Mai 1903 beendete.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

Freiburg: Wiedersheim, v. Kries, Keibel, Hildebrand, v. Weissmann, Himstedt, Kiliani, Gaupp.

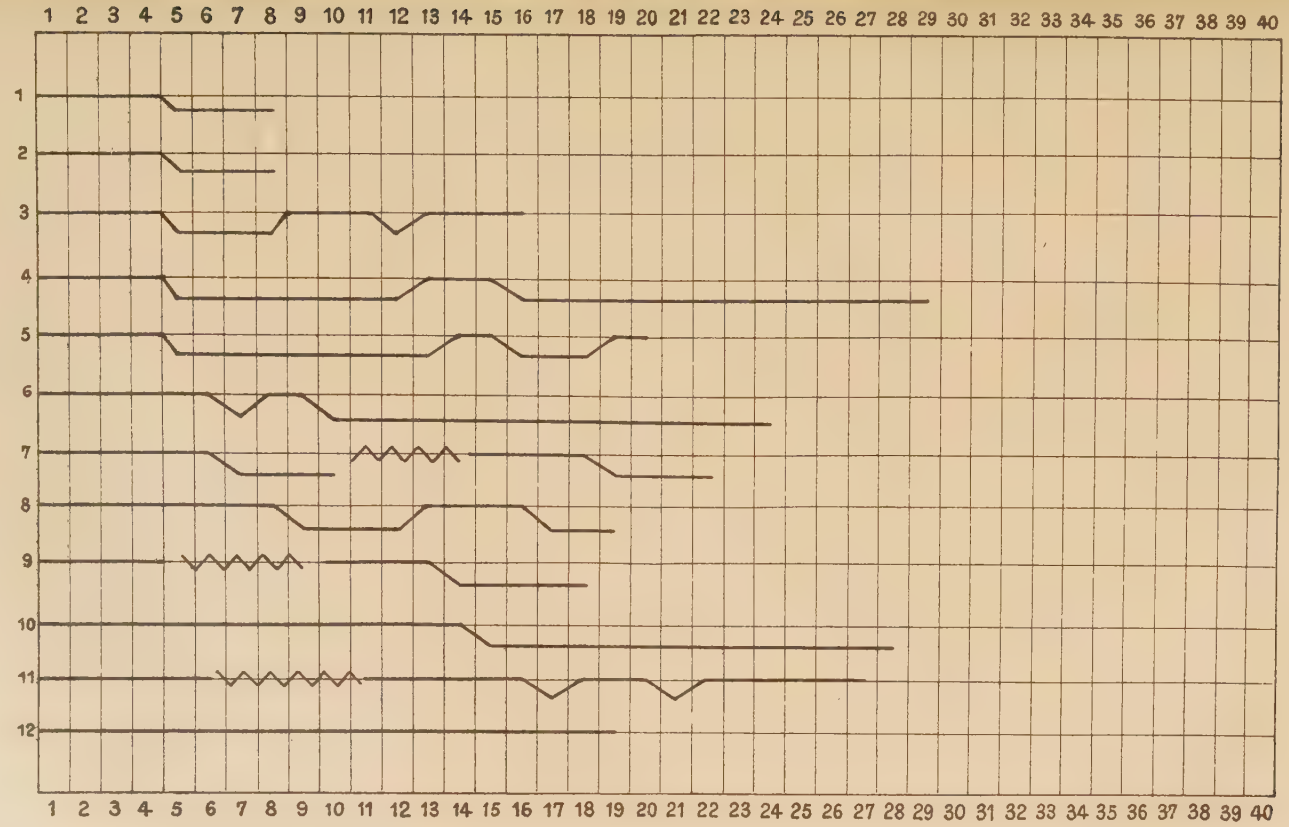
Kiel: Heller, v. Starck, Sick, Flemming, Graf Spee, Klein, Hensen, Weber.

München: v. Angerer, v. Bauer, Bollinger, Buchner, Dürck, Eversbusch, Hahn, Klein, Jesionek, Haug, v. Ranke, Rückert, Sittmann, v. Tappeiner, Voit, v. Winckel, v. Ziemssen, Gudden.

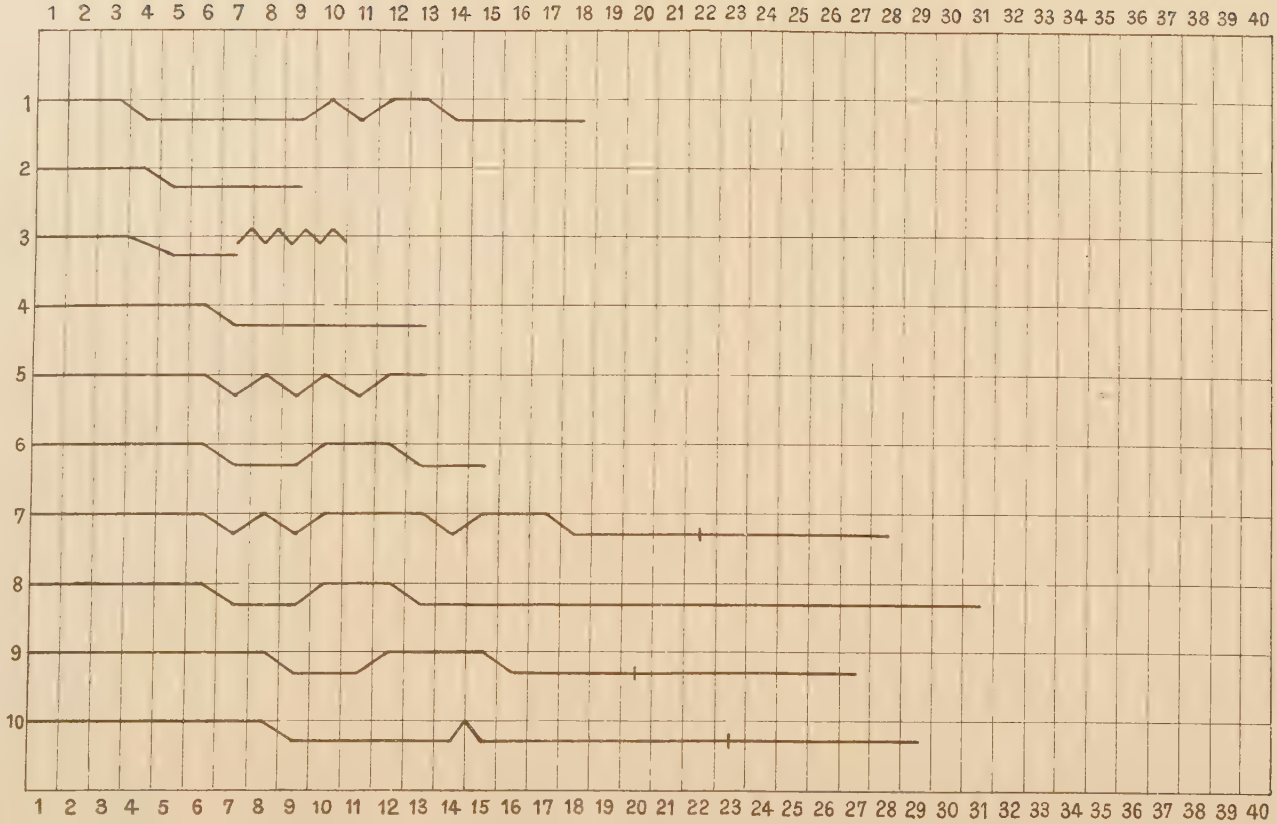
Allen diesen meinen verehrten Herren Lehrern spreche ich hiemit meinen ergebenen und herzlichen Dank aus.

Richard H. Winckler.

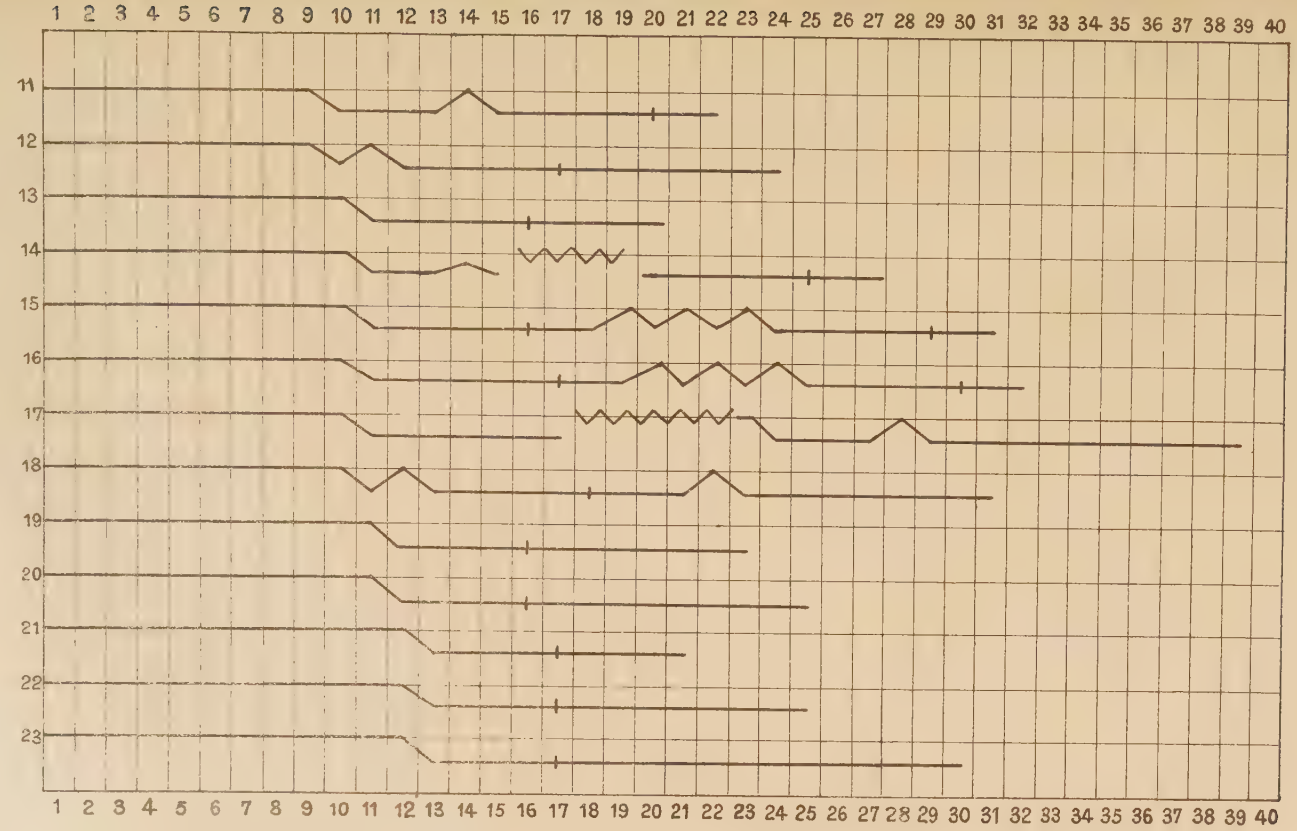
Tafel A.


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

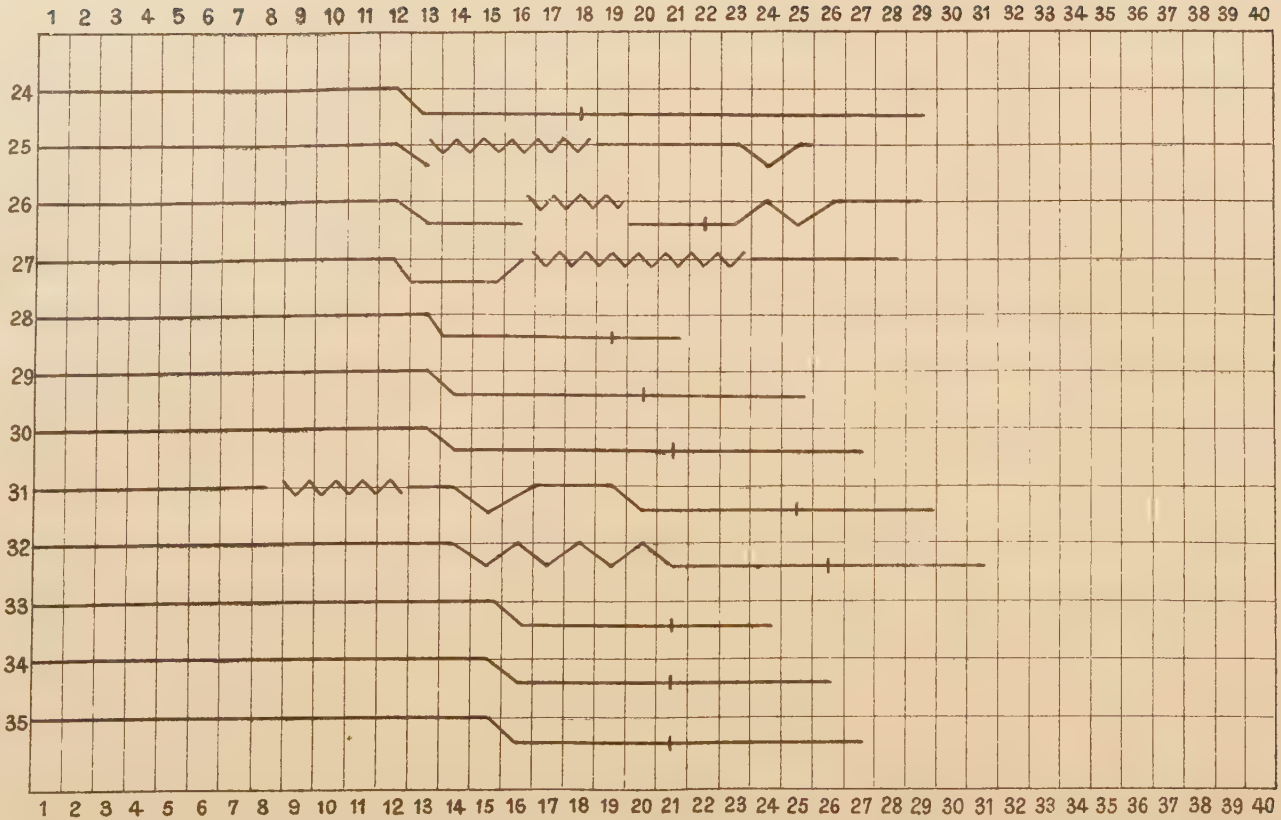
Tafel B.


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

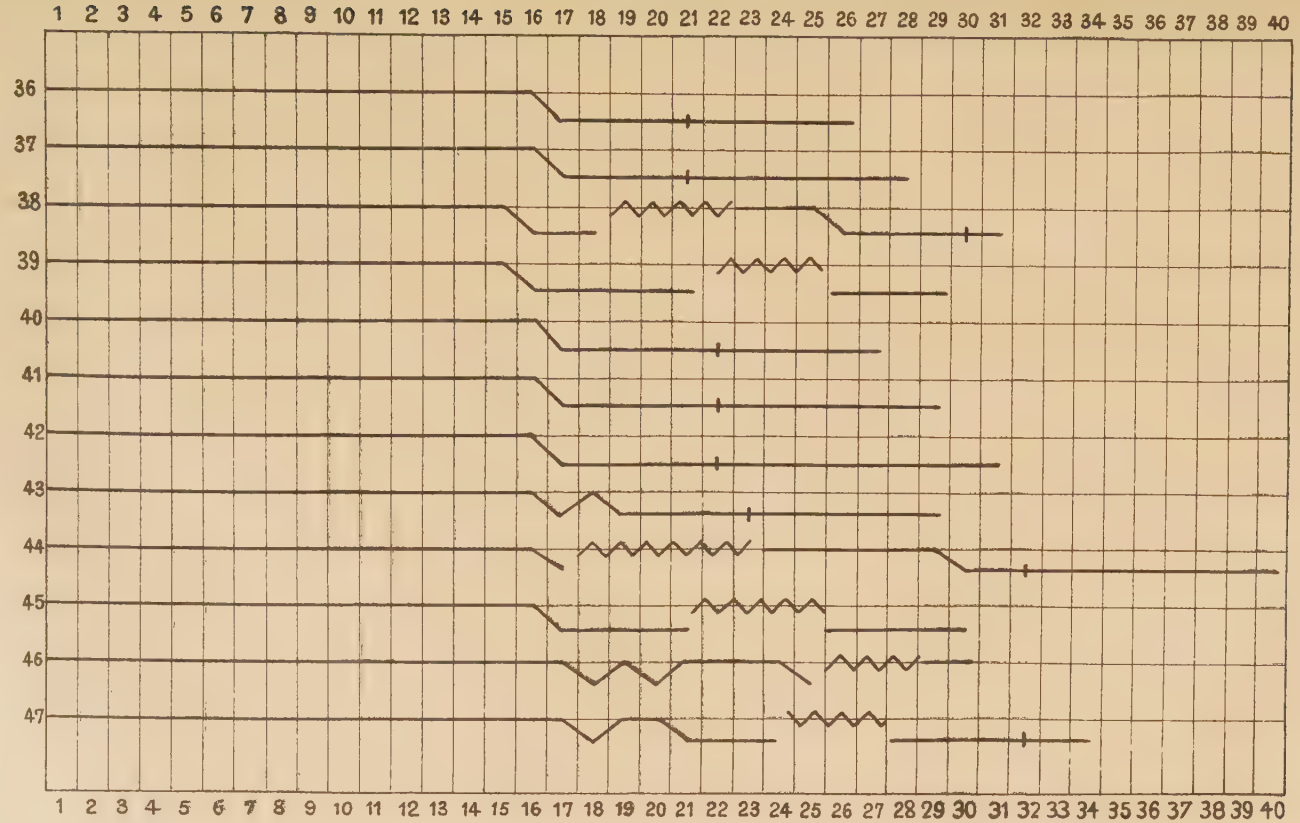
Tafel C.


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

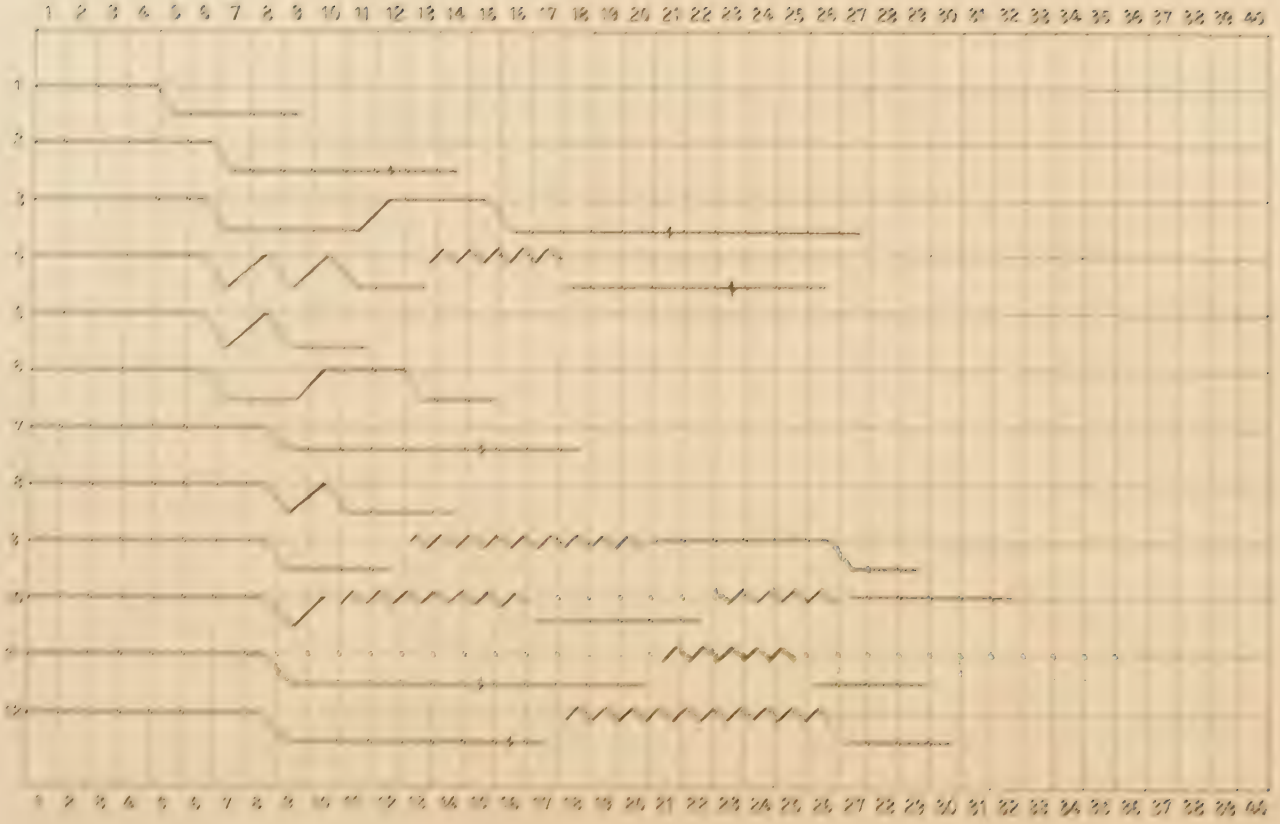
Tafel D.


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

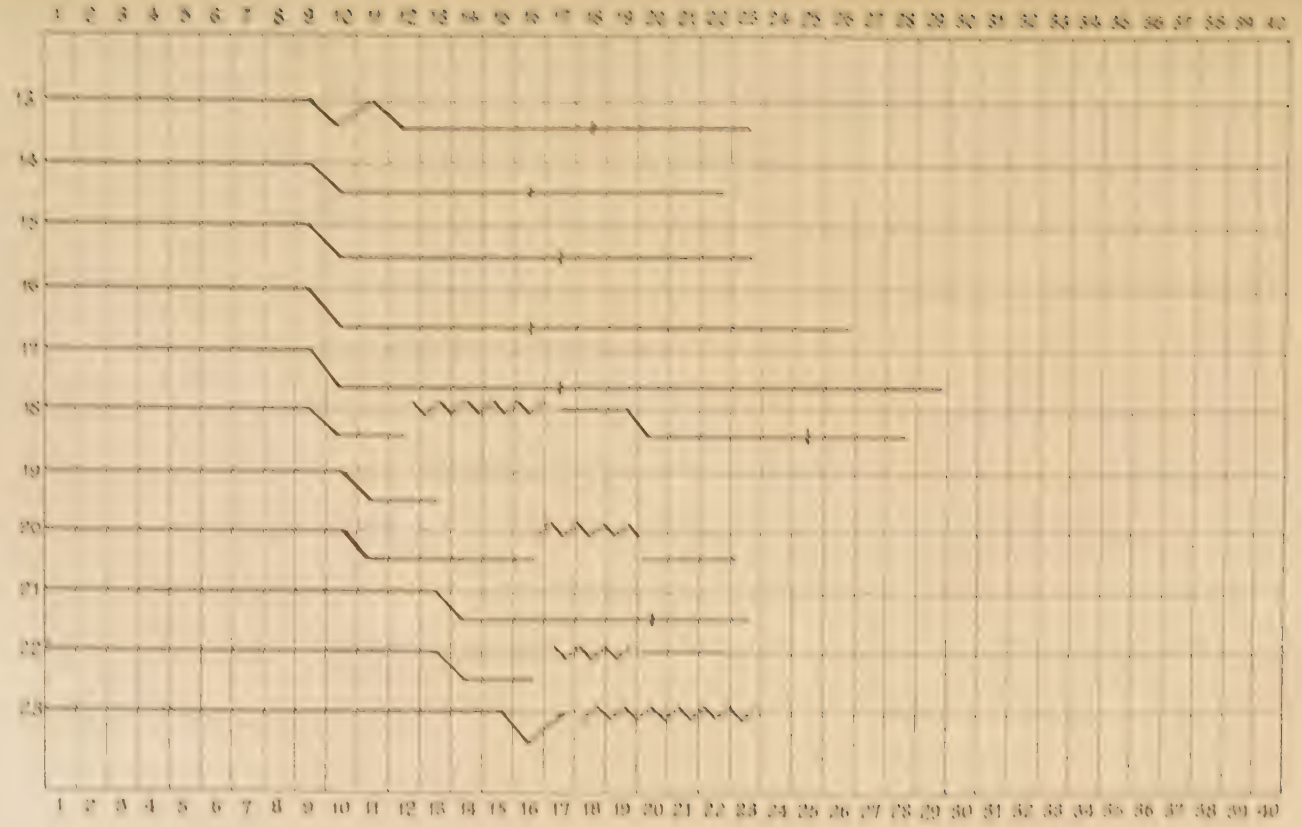
Tafel E.


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

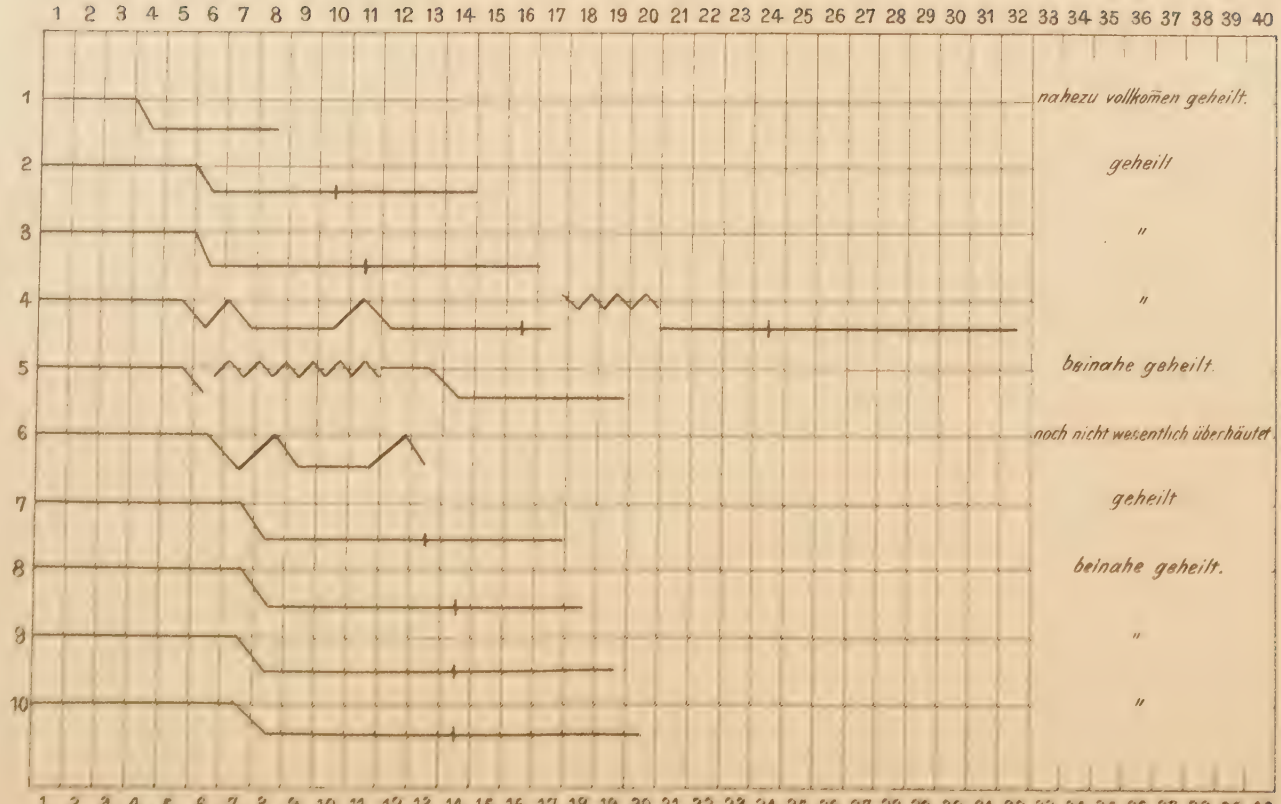
Tafel F.

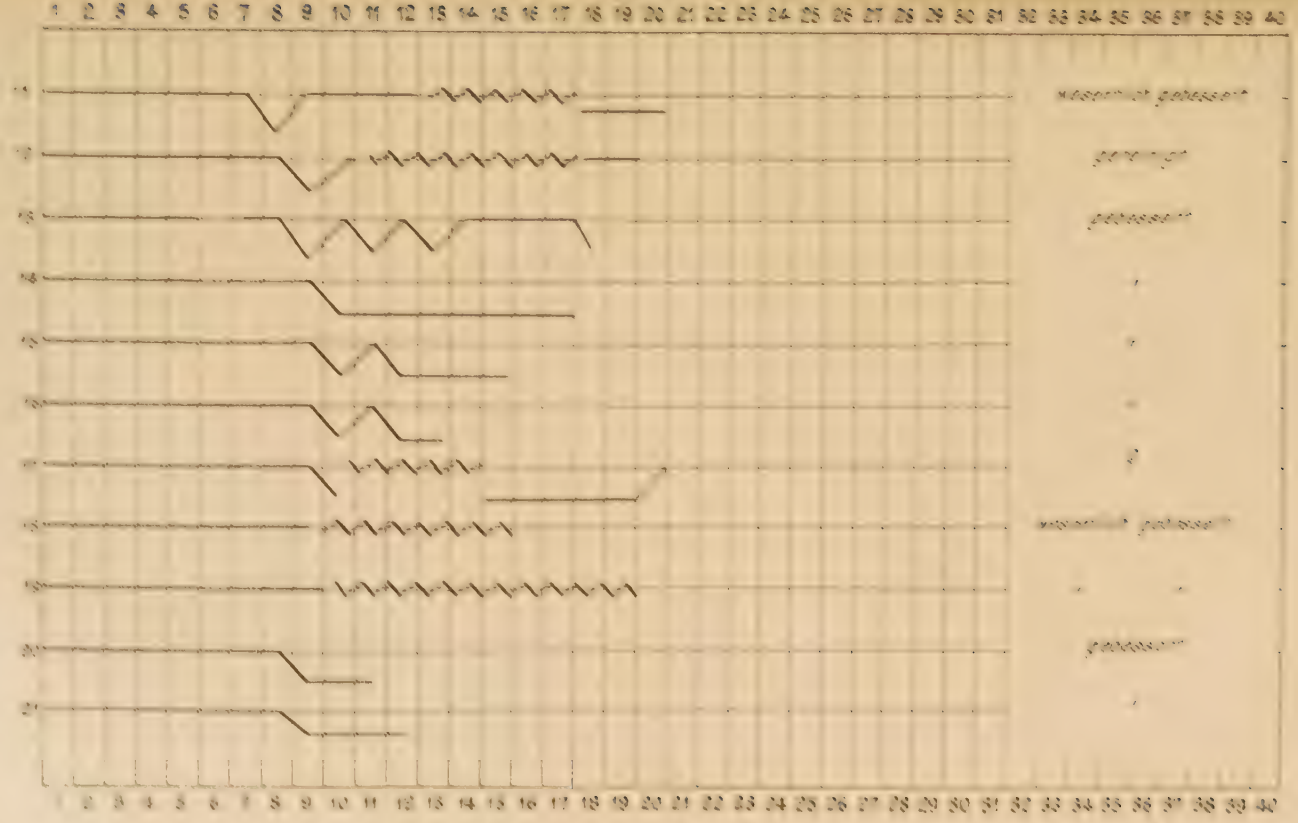


Tafel 6

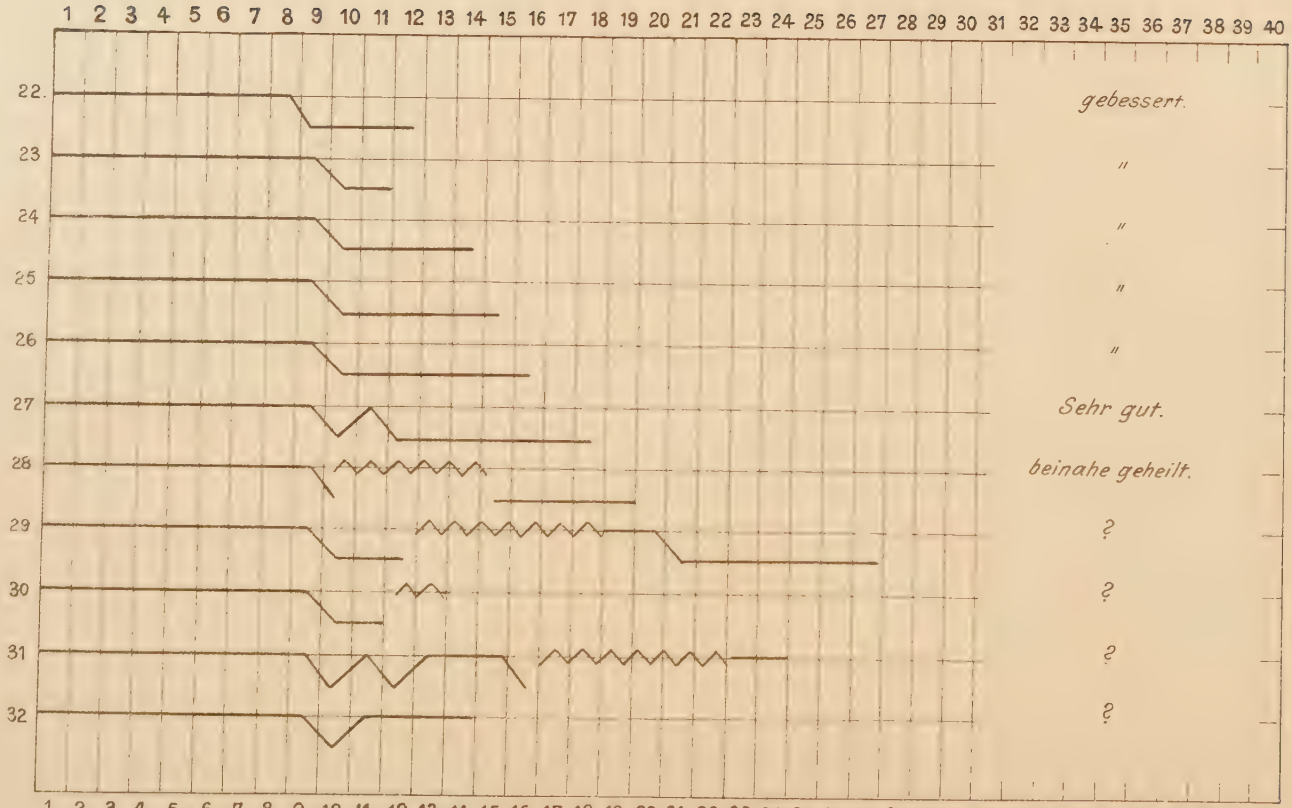


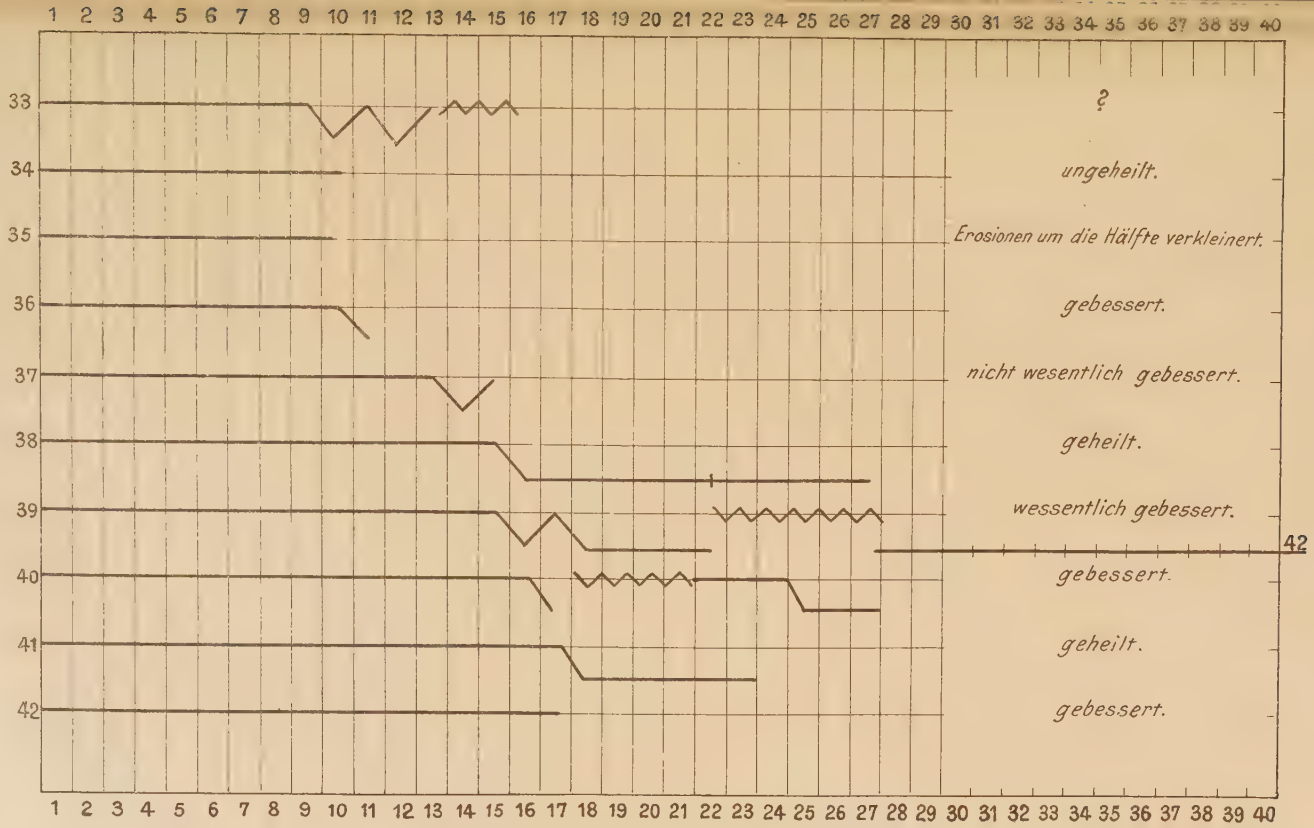
Tafel H.


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
nahezu vollkommen geheilt.
geheilt
"
"
beinahe geheilt.
noch nicht wesentlich überhäutet
geheilt
beinahe geheilt.
"
"

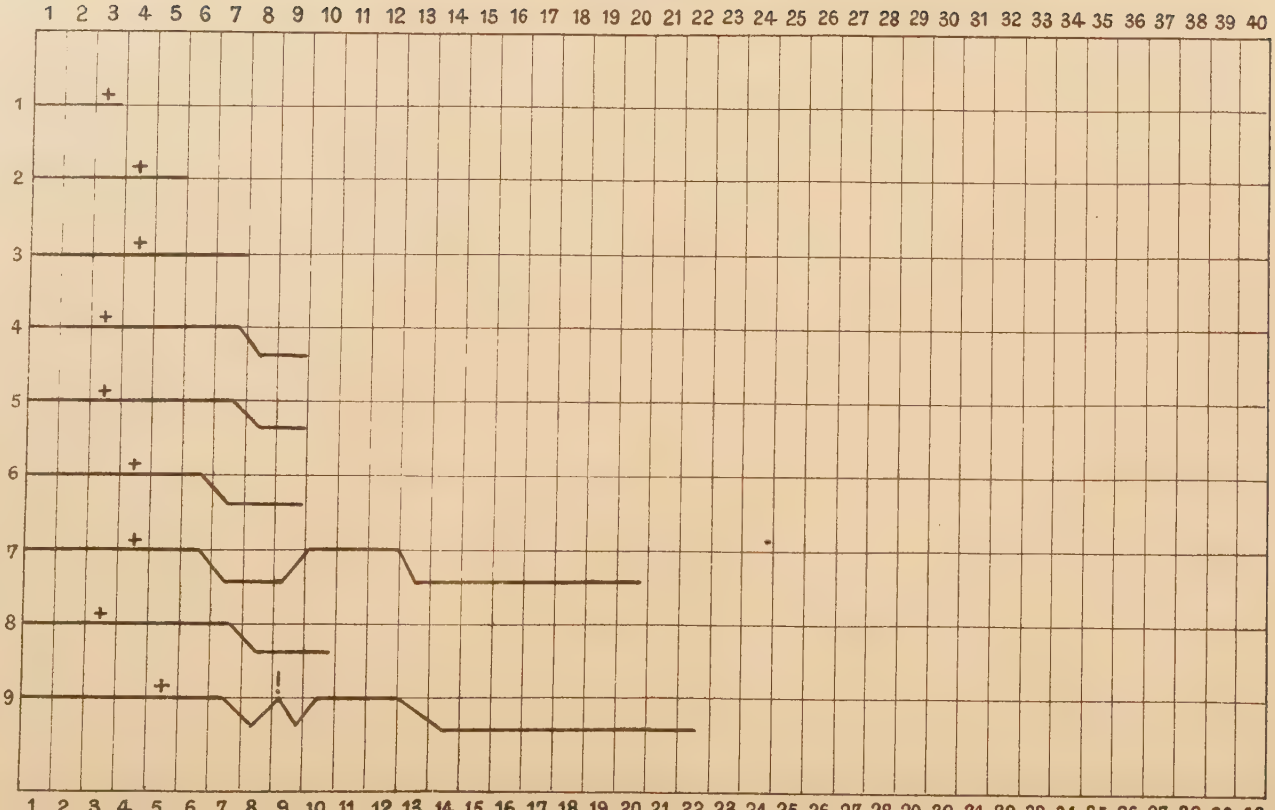


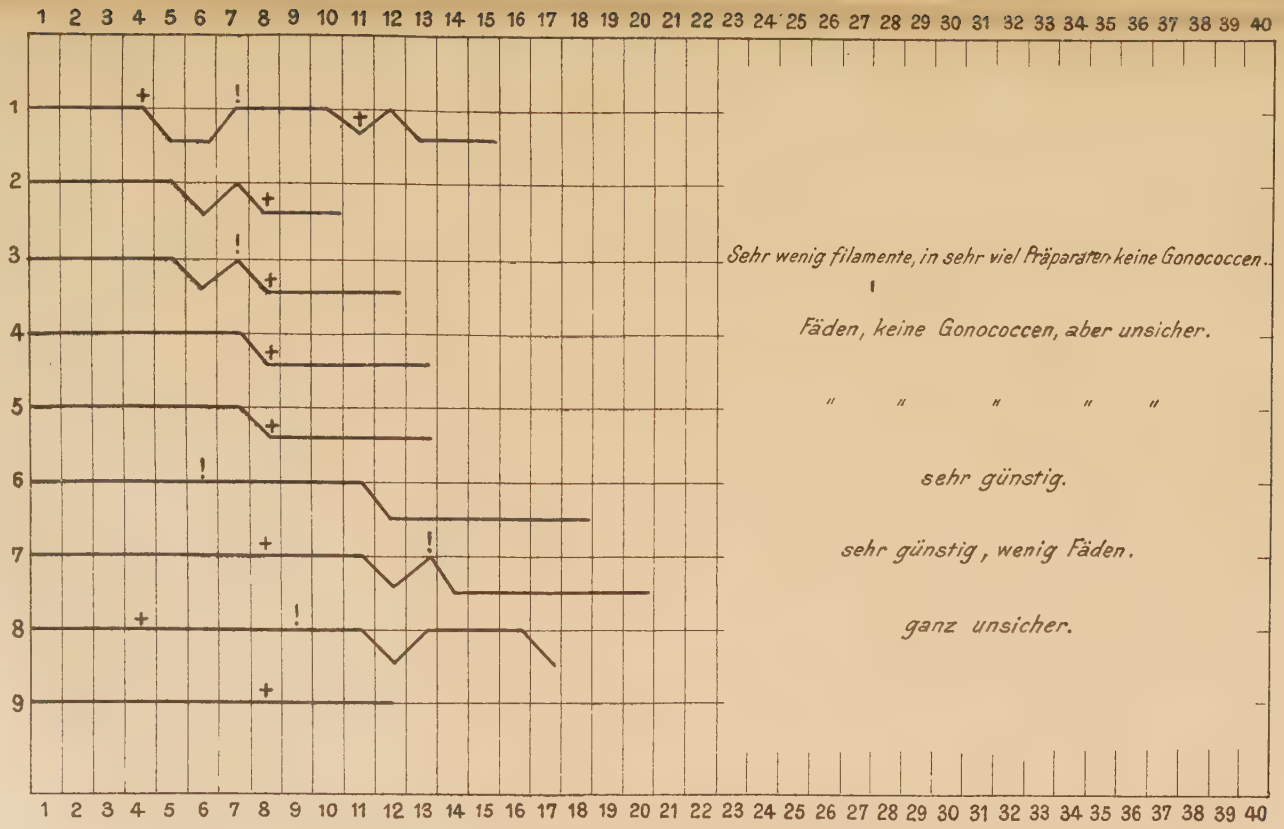
Tafel K.


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
22.
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
gebessert.
"
"
"
"
Sehr gut.
beinahe geheilt.
?
?
?
?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

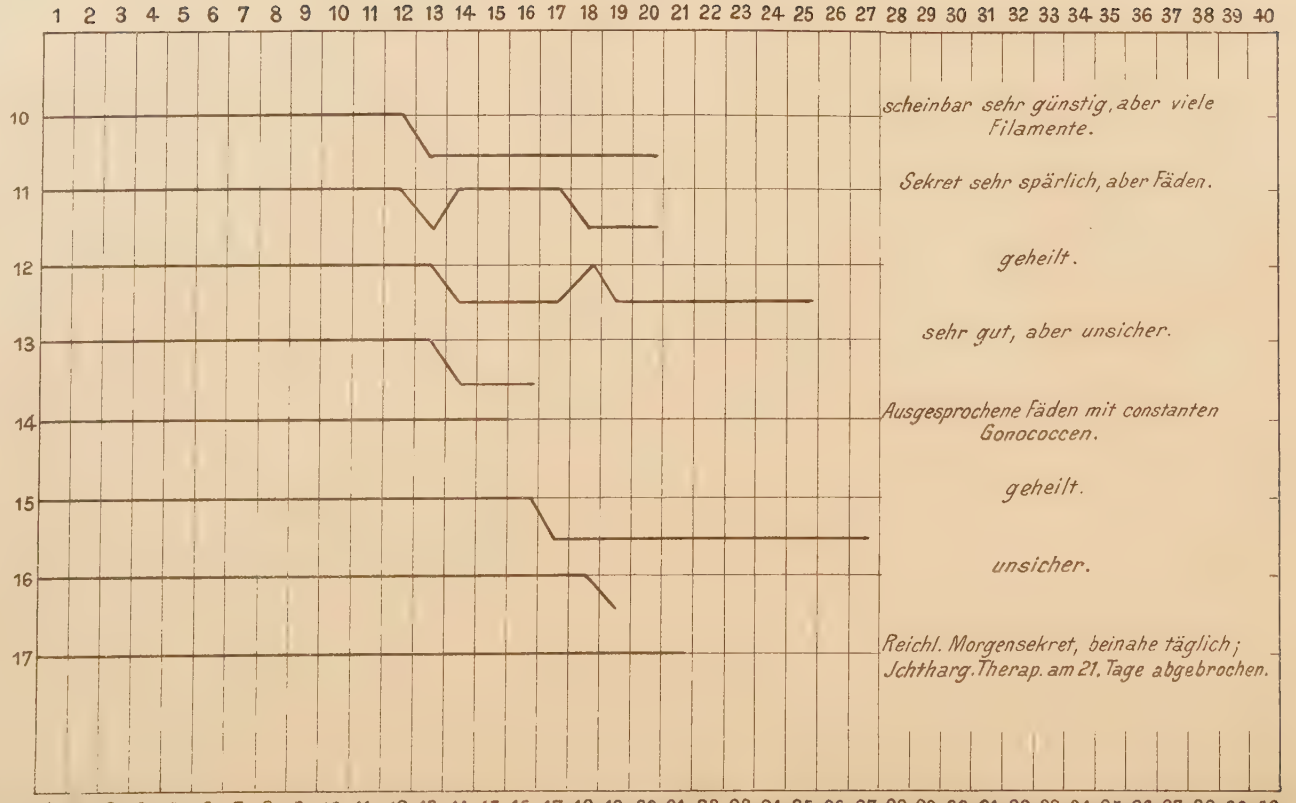

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
?
ungeheilt.
Erosionen um die Hälfte verkleinert.
gebessert.
nicht wesentlich gebessert.
geheilt.
wessentlich gebessert.
42
gebessert.
geheilt.
gebessert.

Tafel M.

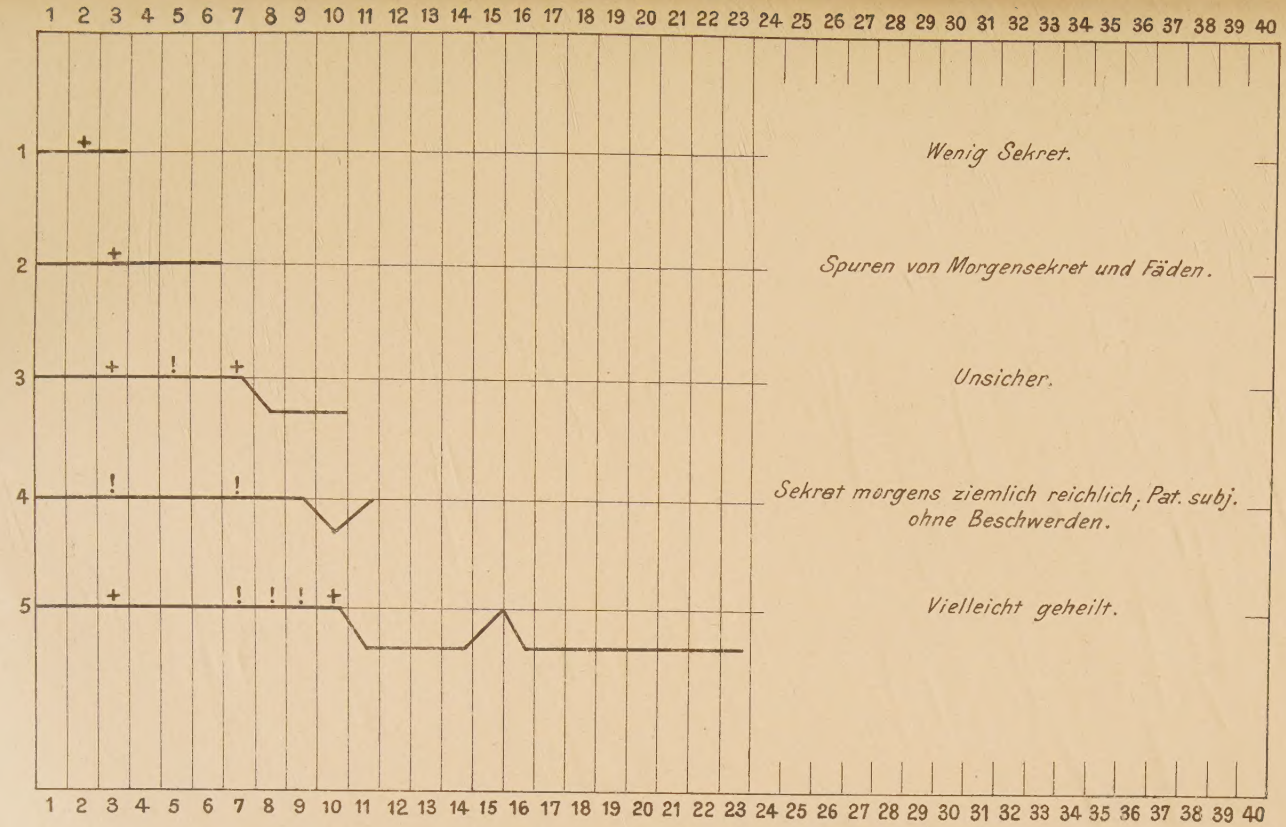

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
1
2
3
4
5
6
7
8
9
!


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
1
2
3
4
5
6
7
8
9
Sehr wenig filamente, in sehr viel Präparaten keine Gonococcen.
Fäden, keine Gonococcen, aber unsicher.
" " " " "
sehr günstig.
sehr günstig, wenig Fäden.
ganz unsicher.

Tafel 0.


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
10
11
12
13
14
15
16
17
scheinbar sehr günstig, aber viele Filamente.
Sekret sehr spärlich, aber Fäden.
geheilt.
sehr gut, aber unsicher.
Ausgesprochene Fäden mit constanten Gonococcen.
geheilt.
unsicher.
Reichl. Morgensekret, beinahe täglich; Ichtharg. Therap. am 21. Tage abgebrochen.

Tafel F.


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
1
2
3
4
5
Wenig Sekret.
Spuren von Morgensekret und Fäden.
Unsicher.
Sekret morgens ziemlich reichlich, Pat. subj. ohne Beschwerden.
Vielleicht geheilt.